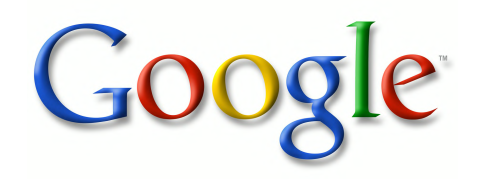



NTWAY LIBRARY
C 4EAU 1


BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT · ET · DOCET
FVNDATA
MDCCCLXX
EX DONO

ÉCHO MÉDICAL DU NORD

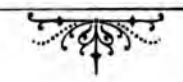
L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ANNÉE 1905

COLLABORATEURS DU JOURNAL PENDANT L'ANNÉE 1905 :

MM. ARQUEMBOURG ; BACHMANN ; BÉDART ; BERNARD ; BERNSON ; BERTIN ; BERTRAND ; BONN ; BOSSAN ; BRAILLON ; BRASSART ; BRETON ; BUTRUILLE (Paul) ; BUTRUILLE père ; CALMETTE ; CAPRON ; CARLIER ; CAUDRON ; CAUMARTIN ; CHARDON ; CIEREN ; COLLE (Juste) ; COMBEMALE ; CURTIS ; DEBEYRE ; DEHON ; DELÉARDE ; DENIS ; DESCARPENTRIES ; DRUCBERT ; DUBAR (Léon) ; DUBAR (Louis) ; FOLET ; FRANÇOIS ; GAUDIER ; GÉRARD (Ernest) ; GÉRARD (Georges) ; GRYSEZ ; GUÉRIN ; INGELRANS ; HOREL ; JACQUEY ; JULIEN ; LAGACHE ; LAMBRET ; LECONTE ; LE FORT ; LEROY ; LOOTEN ; MAGUIN ; MALMÉJAC ; MANOUVRIEZ ; MINET ; MOTY ; NOQUET ; OUI ; PAINBLAN ; PAQUET ; PATOIR ; PETIT ; POTEL ; RAVIART ; RICHE ; RICQUIET ; SURMONT ; THOORIS ; TROUCHAUD ; VANSTEENBERGHE ; VANRYCKE ; VERDUN.

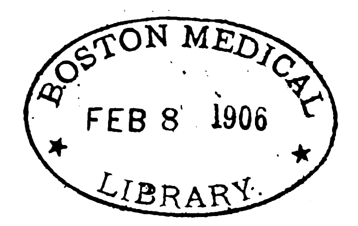


LILLE

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE ET LITHOGRAPHIQUE LE BIGOT FRÈRES

Rue Nationale, 68, et rue Nicolas-Leblanc, 25.

1905


BOSTON MEDICAL
FEB 8 1906
LIBRARY

N° 416. Neuvième Année. N° 1. Le Numéro : 10 centimes 1er Janvier 1905

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

La Rédaction

DE L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

avec ses meilleurs souhaits pour l'année 1905

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Cours libre de médecine légale des Accidents de travail

fait à la Faculté de Médecine

par le docteur **Deléarde**, agrégé, médecin expert près les tribunaux

Deuxième conférence :

Définition de l'accident ; Les maladies professionnelles ; L'état antérieur à l'accident.

Messieurs,

Il semble au premier abord, d'après les notions que vous avez maintenant de la loi sur les accidents du travail, que son application soit toujours facile puisque tout accident survenu par le fait du travail ou à l'occasion du travail entraîne une indemnité en faveur de l'ouvrier. Cependant bien nombreux sont les cas où le doute est permis. Il vous arrivera vraisemblablement d'être consulté en pareille circonstance et votre avis ne pourra être donné d'une façon sérieuse qu'à la condition de vous entourer de renseignements précis relatifs à la manière dont l'accident est survenu, de vous appuyer sur une observation rigoureuse des faits et principalement sur la connaissance des jugements rendus par les Tribunaux dans des cas analogues.

Pour bien fixer votre esprit je vais vous citer quelques exemples. Voici un ouvrier, toussant peu ou point, ayant toujours accompli régulièrement son travail et qui, un beau jour, sans qu'il y ait eu surcroît de besogne, ni traumatisme même bénin, mais à la suite d'un simple effort, se met à cracher du sang. Y a-t-il ou non accident du travail ?

Voici un autre ouvrier qui tombe brusquement d'un coup de chaleur, bien que ses occupations au moment de la chute ne l'exposent pas aux ardeurs des rayons du soleil. Mérite-t-il d'être considéré comme victime d'un accident du travail ?

Un troisième ouvrier, alors qu'il développe un effort peu violent, comme le fait de décharger une voiture de briques, ainsi que je l'ai vu dernièrement, sent tout à coup une douleur dans l'aîne, n'y prête d'abord

pas attention et s'aperçoit, son travail terminé et une fois rentré chez lui, qu'il a une hernie inguinale. Tombe-t-il sous le coup de la loi ?

Pour chacun de ces exemples vous seriez tenté de répondre affirmativement et d'accorder à l'ouvrier les avantages que lui confère la loi en cas d'accident. Une pareille décision entraînerait immédiatement des réclamations de la part du patron ou de la Cie d'Assurances et le Tribunal chargé de vider le différend se verrait obligé de passer outre à vos considérations et de rendre un jugement contraire à vos conclusions.

C'est donc, direz-vous, que la loi ne garantit pas l'ouvrier contre tous les accidents et qu'en particulier l'hémoptysie, l'insolation et la hernie ne sont pas considérées comme accidents du travail.

Là encore, votre raisonnement serait faux : bien au contraire, la loi garantit tous les accidents sans aucune exception, elle protège l'ouvrier pendant toute la durée de son travail, le prenant sous sa protection depuis l'instant où il pénètre dans l'usine ou sur le chantier, jusqu'au moment où il en sort ; elle étend même sa protection aux heures de repos qu'il prend sur le lieu du travail.

D'où provient alors cette erreur d'interprétation ? Elle provient de ce que le législateur n'a pas pris soin de donner une définition de l'accident du travail qui permît de reconnaître immédiatement les cas où la loi n'est pas applicable.

Il y a là une lacune regrettable car, le manque d'entente sur une définition précise de l'accident a été le point de départ de nombreux procès.

L'intervention des médecins a été souvent réclamée par les Tribunaux dans les cas douteux. C'est leur avis qui a prévalu et qui a maintenant force de loi dans certaines circonstances. En particulier la hernie, l'insolation et la tuberculose qui ne doivent être considérées comme accidents du travail que lorsqu'elles surviennent dans des conditions particulières et bien définies.

Nous aurons à revenir sur ces questions dans les leçons ultérieures.

Que faut-il donc entendre par accident du travail ? Les définitions proposées sont nombreuses. Les jurisconsultes, comme les assureurs et les médecins, ont, chacun de leur côté, cherché à donner de ce terme une définition aussi complète et aussi exacte que possible. Je ne vois pas la nécessité de les reproduire toutes, ni même de vous résumer les travaux qui ont été écrits sur ce sujet ; ce serait nous entraîner trop loin et risquer d'embrouiller la question déjà suffisamment complexe.

Il y a d'abord une division très nette à établir entre ce qu'il faut entendre par accident du travail et les maladies professionnelles.

Une circulaire du garde des sceaux en date du 10 juin 1899, dit en effet : « La loi ne s'applique pas aux maladies professionnelles provenant d'une cause lente et durable, tel que l'air vicié des locaux où s'effectue le travail, la manipulation des substances vénéneuses, l'absorption de poussières nuisibles à la santé ».

Au cours de la discussion de la loi française à la Chambre des députés, M. L. Bourgeois a lui-même fait remarquer cette différence entre l'accident du travail et les maladies professionnelles. « Il y a, dit-il, une distinction fondamentale à faire entre l'accident, événement soudain, violent et la maladie qui est au contraire un état continu et durable, né d'une cause également continue et durable. »

Nous voyons dans cette phrase apparaître les conditions que doit remplir l'accident, c'est-à-dire, être un événement soudain, violent.

Toutes les autres définitions reconnaissent ces mêmes conditions de soudaineté et de violence. C'est ainsi que M. Marestaing, directeur d'une grande Compagnie française d'assurances, a défini l'accident « une atteinte au corps humain provenant de l'action soudaine et violente d'une force extérieure. » Dans la circulaire précédemment citée, le garde des sceaux s'exprime ainsi : « L'accident tel qu'il faut l'entendre dans notre matière, consiste dans une lésion corporelle provenant de l'action soudaine d'une force extérieure. »

Malgré leur concision et leur apparence de netteté, qualités que doit avoir une bonne définition, celles proposées par le garde des sceaux, M. Marestaing ou M. Bourgeois, sont loin d'être complètes et de permettre d'y faire entrer tous les cas indistinctement.

Tous les accidents du travail ne comportent pas inévitablement une lésion corporelle et l'intervention soudaine d'une force extérieure peut souvent manquer.

Comme le dit très justement le Dr Thoinot, une explosion, un éboulement dans une carrière ou toute autre catastrophe grave au cours du travail, sont bien les événements extérieurs, soudains. Or, sans provoquer parfois de lésion corporelle, au sens strict du mot, ces événements peuvent agir comme trauma-

tissus psychiques et déterminer une maladie d'ordre purement psychique, névrose ou psychose par exemple. Un tribunal, un médecin n'ont jamais hésité à considérer cette névrose ou cette psychose comme rentrant de plein droit dans le cadre des accidents du travail.

Au cours ou à l'occasion du travail un ouvrier fait un effort dépassant manifestement l'énergie qu'il déploie ordinairement dans son travail ; il rompt une de ses valvules aortiques ou un tendon de sa valvule mitrale. C'est bien là un accident légitime du travail et il ne rentre pas cependant dans la définition de la lésion corporelle résultant de l'action soudaine d'une cause extérieure. »

On voit donc, en tenant compte de la justesse de ces remarques, que des hommes compétents mais nullement médecins, ont omis, à leur insu, dans leur définition et par le fait de leur ignorance des choses médicales, de comprendre parmi les accidents du travail, des cas où le doute sur l'origine traumatique n'est pas permis.

Le Dr Thoinot a proposé la définition suivante de l'accident. « Toute blessure externe, toute lésion chirurgicale, toute lésion médicale, tout trouble nerveux psychique (avec ou sans lésion corporelle concomitante) résultant de l'action soudaine d'une violence extérieure intervenant pendant le travail ou à l'occasion du travail ; et toute lésion interne déterminée par un effort violent au cours du travail. »

Dans cette définition entrent les conditions fondamentales de l'accident que vous devez toujours avoir présentes à l'esprit : 1° Lésion physique ou psychique d'un organe quelconque ; 2° action soudaine d'une violenc extérieure ou d'un effort extraordinaire déployé par l'ouvrier ; 3° pendant ou à l'occasion du travail.

On pourrait, je le crois, sans rien lui enlever de sa netteté ni de sa précision, la résumer ainsi :

L'accident du travail est constiué par une altération organique d'ordre médical ou chirurgical, interne ou externe, visible ou non, se rattachant directement à l'action soudaine d'une violence extérieure ou d'un effort exagéré pendant ou à l'occasion du travail. Dans la définition que je vous propose, le mot violence est pris dans un sens le plus large et comprend l'effet sur l'organisme d'une force étrangère à l'individu sous quelque forme qu'elle se présente dans la nature. Que ce soit le choc d'un corps solide, l'action d'un liquide, d'un gaz quelconque, même du froid, de la chaleur ou des rayons du soleil comme dans l'insolation.

Je vous ai dit que les maladies professionnelles étaient exclues du bénéfice de la loi. Il y a cependant des exceptions à cette règle, ce sont les cas d'intoxication suraiguë et brusque par les substances vénéneuses. Ainsi l'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré ou par les vapeurs nitreuses qui se produit avec une soudaineté propre aux traumatismes vulgaires. L'asphyxie survenant chez les puisatiers et qu'on nomme coup de plomb, rentre dans la même catégorie de faits ; de même celle produite par l'oxyde de carbone ou l'acide carbonique.

Le tribunal civil de Vienne (audience du 21 janvier 1903) a reconnu comme accident du travail une intoxication saturnine ayant apparu brusquement chez un contre-maître. Le jugement prête à discussion car l'intoxication saturnine suraiguë par des émanations nocives est presque impossible. L'organisme s'imprègne lentement et les signes graves d'empoisonnement dont l'apparition brusque n'est pas visée, ne se montrent que lorsque le plomb est pour ainsi dire à suturation dans les tissus.

La syphilis a, dans certaines circonstances, été reconnue comme accident du travail et considérée comme cause d'infirmité permanente partielle.

C'est ainsi qu'en 1902, un juge de paix de Lyon rendit un jugement confirmé par le tribunal civil de Lyon concernant le cas d'un ouvrier ajusteur mécanicien qui, blessé au pouce droit, vit se développer à ce niveau un chancre syphilitique.

Le tribunal civil de Marseille, dans un jugement rendu le 23 décembre 1902, attribuait le bénéfice d'une rente pour infirmité permanente partielle à un ouvrier verrier qui, au cours du travail, contracta la syphilis.

Enfin la Cour d'appel de Lyon, dans son audience du 3 août 1903, considéra comme un véritable accident du travail la syphilis à qui on assigne une origine et une date déterminées en tenant compte des conditions dans lesquelles elle s'est déclarée.

En ce qui concerne le charbon contracté par un ouvrier dans l'exercice de son travail (pustule maligne des mégissiers, des tanneurs, des ouvriers maniant le crin ou les poils) la Cour de cassation consultée à l'occasion d'un arrêt de la Cour d'Orléans a rendu le jugement suivant qui autorise et justifie l'expertise médicale afin de rechercher la relation de cause à

effet qui peut exister entre une blessure et l'apparition consécutive de la septicémie charbonneuse.

Attendu que LELONG, ouvrier tanneur, au service de HARDYAU FRÈRES, a succombé à une affection charbonneuse qu'il aurait contractée, au dire de sa veuve, en manipulant des peaux contaminées, dans l'usine de son patron ;

Attendu que, avant d'accueillir la demande de pension viagère formée par la veuve LELONG, la Cour d'Orléans a eu recours à une mesure d'instruction, destinée à rechercher dans quelles conditions l'infection alléguée avait pris naissance ;

Attendu que HARDYAU déclare l'expertise inopérante par le motif que la loi de 1898, étant spéciale aux accidents du travail, exclut, par cela même, les maladies professionnelles ;

Attendu que si la loi de 1898 ne s'applique pas aux maladies professionnelles auxquelles on ne saurait assigner une origine et une date déterminée et qui ne sont que la conséquense de l'exercice habituel d'une certaine industrie, il en est autrement des affections pathologiques accidentelles qui, bien que contractées dans l'accomplissement d'un travail industriel, prennent leur origine et leur cause dans un fait déterminé ne rentrant pas dans les conditions normales de l'exercice de ce travail ;

Attendu que statuant ainsi la cour d'Orléans, loin de violer le texte visé au moyen, en a fait à la cause une application juridique ;

Par ces motifs rejette le pourvoi...

Il en est de même pour le tétanos que le Tribunal de Périgueux a admis comme accident du travail si l'expertise médicale en démontre l'origine traumatique.

Ces quelques exemples choisis parmi les intoxications et les maladies infectieuses vous montrent combien la compréhension de l'accident du travail peut être étendue et s'appliquer à des cas qui, à la première inspection, vous paraissent étrangers à toute idée de traumatisme, de plaies extérieures.

Il est certain qu'ils représentent encore la minorité dans la statistique globale des accidents du travail, mais vous ne pouvez pas ignorer leurs conditions de production puisque c'est encore à vous que s'adressera le juge pour s'éclairer sur leur mode d'apparition et leur valabilité au point de vue des indemnités à fournir à la victime.

Je dois ajouter que la question des indemnités en cas de maladies professionnelles est à l'étude en France. Une commission a été nommée et il pourrait se faire que d'ici quelque temps un projet de loi soit mis en discussion devant les Chambres.

L'article 1er de la loi de 1898 porte que seuls les accidents survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail entraînaient le payement d'une indemnité. Je me suis étendu sur ce qu'il fallait entendre par le mot accident. Il me reste à vous donner quelques mots d'explication relatifs à l'expression par le fait ou à l'occasion du travail.

Mon commentaire sera bref, car il n'entre pas dans la compétence du médecin de rechercher les circonstances de l'accident, son rôle se borne à constater la lésion, à la décrire, à en apprécier les conséquences et à fixer la durée approximative du chômage. C'est le devoir des tribunaux d'apprécier si l'accident remplit les conditions requises par la loi. Qu'il me suffise pour vous montrer jusqu'où va la protection de l'ouvrier de vous citer le passage suivant extrait du rapport de M. PAULET, au congrès de 1900. « Mais pour interpréter sainement la pensée du législateur qui devait donner à la théorie du risque professionnel toute sa portée, il semble bien que la notion de l'accident du travail doive être étendue à tous les accidents dont le travail est la cause ou l'occasion. Depuis le moment où il arrive à l'atelier pour se mettre à la disposition du chef d'entreprise, jusqu'au moment où il reprend sa liberté, l'ouvrier est couvert par la loi, quel que soit le lieu du travail ou la nature de l'accident.

Qu'il soit blessé au siège de l'entreprise, dans un chantier extérieur, chez le client où son travail l'appelle, dans un trajet commandé ou nécessaire ; qu'il soit victime de son propre travail ou de celui d'autrui, d'un fait inévitable ou évitable, d'un accident inhérent à l'industrie ou d'un accident qui eut pu facilement l'atteindre un jour de chômage ; que sa prudence et sa vigilance soient à l'abri de toutes critiques ou qu'on puisse lui imputer telle méconnaissance du péril, telle manœuvre hâtive, telle curiosité téméraire, que n'explique trop, après tout, l'habitude professionnelle du danger ; il suffit, dans tous les cas, que l'accident survienne à l'occasion du travail pour qu'il soit en principe à la charge de l'entreprise. »

Ces termes sont suffisamment nets pour dissiper toute équivoque et les Tribunaux n'ont pas manqué d'en appliquer l'esprit dans les jugements rendus.

Cette façon rationnelle d'interpréter la loi réduit

dans des proportions négligeables le nombre des cas de force majeure, c'est-à-dire de ceux qui surviennent sous l'action de causes étrangères à l'exploitation, que les forces humaines ne peuvent pas éviter, et qui ne sont pas rangés parmi les accidents du travail. Telles sont les catastrophes produites par une inondation, un tremblement de terre ou un coup de foudre.

A côté des cas de force majeure il y a les fautes inexcusables tant de la part du patron que de celle de l'ouvrier. La négligence du chef d'entreprise, celle de l'ouvrier, la non observation par ce dernier du règlement appliqué dans l'usine peuvent amener des accidents que les tribunaux reconnaissent avec la plus grande largesse comme tombant sous le coup de la loi surtout en ce qui concerne les fautes inexcusables commises par l'ouvrier. Il n'y a guère que l'alcoolisme aigu, l'ivresse manifeste de l'ouvrier qui soit à peu près généralement considéré comme faute inexcusable susceptible d'empêcher la victime de profiter des avantages de la loi.

Je vous ai dit plus haut que le point de départ de nombreuses contestations entre patrons et ouvriers au sujet du règlement d'accidents du travail avait été l'omission d'une définition légale de l'accident.

Il a fallu la publication de règlements d'administration et les travaux d'hommes compétents, médecins et juristes, pour fixer les esprits.

Il y a encore un second point tout aussi intéressant que la nécessité d'une définition de l'accident et qui ne figure pas dans le texte de la loi, c'est l'influence de l'état physique antérieur à la blessure sur l'évaluation de cette blessure et sur ses conséquences.

Une plaie superficielle, bénigne, qui, chez un sujet sain se cicatriserait en quelques jours, peut entraîner chez un diabétique, un albuminurique et surtout chez un alcoolique, ce qui est fréquent, des complications de la plus haute gravité au point de causer la mort.

Le chef d'entreprise doit-il être rendu responsable de ces affections, déjà plus ou moins anciennes, du sujet et qui viennent assombrir le pronostic.

Voilà une question qu'il nous faut examiner, car elle en vaut la peine, non seulement au point de vue de la jurisprudence mais encore et surtout au point de vue médical.

C'est vous du reste, le médecin traitant, qui attirerez le premier l'attention du chef d'entreprise sur la marche anormale de la cicatrisation de la blessure, et sur l'apparition de phénomènes tels que le coma, l'urémie, le délire alcoolique ou d'autres encore sous la dépendance de l'état général antérieur du sujet beaucoup plus que du traumatisme qu'il a subi.

Nul doute que l'on vous demandera votre avis et que vous serez chargé soit par le Tribunal, soit par le patron de fournir des explications détaillées sur les causes de la lenteur de la guérison ou des complications, parfois fatales, que vous aurez constatées.

A coté du risque professionnel que couvre la loi, il y a donc, comme vous le voyez et comme le fait très judicieusement remarquer le docteur Rémy, un risque vital individuel maladies, dont il faut tenir compte.

L'influence de l'état antérieur avait déjà attiré l'attention de certains députés au cours de la discussion de la loi sur les accidents du travail.

Le docteur Dron, député du Nord, avait déposé un amendement ainsi conçu : « Les indemnités ne seront dues qu'aux conséquences directes et immédiates des accidents et non pour les suites d'une opération chirurgicale qui n'aurait pas été motivée par l'accident lui-même, ni pour les aggravations résultant de lésions ou d'infirmités préexistantes ».

Le rapporteur, M. Maruéjouls, répondit : « La Commission est d'accord avec M. Dron sur le fond de l'amendement mais comme nous estimons que ce qu'il demande résulte suffisamment de l'esprit de la loi, nous demandons qu'on n'alourdisse pas le texte par ces deux paragraphes que nous jugeons surabondants. La commission n'hésite pas à déclarer que les indemnités ne sont dues que pour les conséquences directes et immédiates de l'accident. »

Il est regrettable que l'amendement du Dr Dron n'ait pas été introduit dans la loi et que les paroles du rapporteur n'aient pas franchi l'enceinte du Parlement ; cela eut évité certainement des contradictions de la part des tribunaux, les uns rejetant l'influence de l'état antérieur, les autres au contraire en tenant compte dans l'appréciation du dommage causé par l'accident et se conformant ainsi à l'idée exprimée par M. Maruéjouls.

Si en effet nous parcourons la liste des jugements rendus de janvier 1900 à août 1904 nous voyons :

L'indemnité doit être fixée sans égard à la constitution physique ni aux habitudes d'alcoolisme de la victime.

(Tribunal d'Orléans, 8 août 1900).

Le patron doit être admis à prouver que l'incapacité

de travail provient de l'albuminurie dont la victime était atteinte avant l'accident.

(Tribunal de Paix du Mans, 4 mai 1900).

Lorsqu'un ouvrier déjà privé de l'usage d'une main perd l'autre main par suite d'un accident le patron ne peut être responsable que des conséquences de ce dernier accident.

(Tribunal de Lille, 17 décembre 1900).

Le patron ne peut être déclaré responsable de troubles nerveux survenus après un accident, mais ayant pour cause réelle une lésion préexistante du système nerveux.

(Cour d'Appel de Bordeaux, 18 décembre 1900).

Le Tribunal de Valenciennes adoptait le 25 janvier 1900 une théorie contraire.

Lorsqu'un ouvrier déjà borgne vient à perdre le second œil dans un accident, cet accident doit être considéré comme entraînant seulement la perte d'un œil et non celle des deux yeux.

(Cour d'Appel Paris, 16 fév. 1901 et de Rouen, 22 mars 1901).

Pour la même question la Cour d'Appel de Besançon (11 juillet 1900), celle de Montpellier (22 mars 1901), de Lyon (17 mars 1901, de Caen (25 juin 1901) et le tribunal de Cherbourg (11 février 1901) émettaient un avis opposé.

L'indemnité doit être fixée sans avoir égard à la maladie antérieure ou à la prédisposition de la victime.

Ainsi le décident les Cours d'Appel d'Amiens (19 fév. 1901) et de Rouen (27 février 1901) ; le tribunal de St-Étienne (21 novembre 1901), le tribunal de Gex (27 novembre 1901), le tribunal de Boulogne-sur-Mer (7 décembre 1901).

Mais la Cour d'Appel de Rennes (5 novembre 1901), le tribunal de Lorient (13 décembre 1901 et 14 janvier 1902), rendent un jugement en sens contraire.

Le 6 janvier 1902, la Cour d'Appel de Rennes décide que lorsqu'un accident a seulement hâté le décès d'un ouvrier atteint d'une maladie mortelle, il y a lieu de réduire le montant des rentes à allouer aux ayants-droit.

Le 19 juillet 1901, le tribunal de St-Quentin avait donné une solution opposée.

La Cour d'Appel de Lyon, le 7 avril 1901, juge que l'indemnité doit être fixée sans qu'il soit tenu compte de ce que l'accident a été aggravé par suite de l'âge avancé de la victime.

Lorsque l'état de la victime est dû pour partie à un état antérieur (maladie préexistante, prédisposition), le patron n'est responsable que des conséquences directes de l'accident.

Tribunal de Florac.	14 novembre	1902
Cour d'Appel de Nîmes	23 juin	1902
— — Paris	22 mars	1902
Tribunal de Bar-le-Duc....	13 novembre	1902
Cour d'Appel de Nancy	29 janvier	1903

Douze jugements contraires à cette manière de voir sont encore rendus dans les différents tribunaux jusqu'à ce qu'enfin la Cour de cassation par deux arrêts l'un du 23 juillet 1902, l'autre du 10 décembre 1902 décide en dernier ressort que le juge doit assurer la réparation forfaitaire du préjudice résultant de l'accident sans pouvoir tenir compte de l'action que l'état antérieur de la victime a pu exercer sur les conséquences directes et actuelles de cet accident. Il s'agissait en l'espèce d'un ouvrier déjà borgne d'un œil, qui perdit l'autre à la suite d'un accident.

Le fait de laisser de côté dans l'appréciation du dommage causé par un accident l'influence d'un état antérieur constitué par une maladie chronique ou par une infirmité limitée n'apportant pas un obstacle sérieux à l'exécution d'un travail a conduit certains industriels, et particulièrement ceux qui s'assurent eux-mêmes, à n'accepter dans leur exploitation que des sujets sans tare apparente et à leur faire passer par un médecin une sorte de conseil de revision.

Aussi voit-on de malheureux ouvriers, encore valides, trouver du travail avec la plus grande difficulté parce qu'ils sont porteurs d'une légère infirmité Comme la rente qui leur a été allouée est insuffisante pour leur assurer les moyens d'existence, ils se trouvent réduits à une situation voisine de la misère.

Il a donc fallu deux ans et demi d'application de la loi pour résoudre cette délicate question de l'influence de l'état antérieur de la victime sur les conséquences d'un nouvel accident.

Il n'en est pas moins vrai que chaque fois que vous serez appelé en qualité de médecin traitant ou de médecin expert à apprécier le dommage causé par un accident survenu à un ouvrier déjà porteur d'une tare quelconque, vous aurez à en faire ressortir, dans votre certificat ou dans votre rapport, les conséquences funestes, laissant au juge le soin de décider en dernier ressort s'il doit ou non tenir compte de vos constatations.

Il est des cas où il n'est pas possible au juge de ne

pas reconnaître l'importance de l'état antérieur. Je vous citerai à ce sujet une observation qui m'est personnelle. Dans le courant de l'année 1903 le Tribunal de Lille nomma trois experts, M. le professeur Castiaux, le docteur Dutilleul et moi, à l'effet de procéder à l'autopsie d'un homme qui succomba trois mois après une fracture de jambe et de rechercher si la cause de la mort pouvait être attribuée à l'accident.

Peu de temps après l'accident le blessé commença à maigrir et à présenter des troubles de la digestion, perte de l'appétit, vomissements. Il se développe peu à peu une ascite qui dut être ponctionnée à plusieurs reprises par le médecin traitant et le diagnostic de péritonite tuberculeuse fut posé. La mort étant survenue par les progrès de la cachexie, la veuve réclama une rente et le tribunal, embarrassé, fit procéder à l'autopsie.

Nous trouvâmes un énorme cancer de l'estomac et de l'intestin avec propagation au péritoine. Il est de toute évidence que la fracture de jambe qui était consolidée et guérie n'avait aucun rapport avec l'évolution du cancer resté à l'état latent et que la mort serait survenue de toute façon même sans l'accident.

La veuve fut déboutée de sa demande de pension.

Autre cas à peu près analogue publié par le professeur Dieulafoy et le docteur Thorp. Un homme fait une chute de bicyclette sur la figure et le côté gauche du thorax, le 17 janvier 1903. Il se rétablit, et reprend ses occupations le 26 janvier.

Son entourage remarque peu de temps après un changement notable dans son état général, il s'affaiblit, les selles sont noirâtres, mais le malade n'accuse aucune douleur. Le 23 février apparaît une phlébite de la saphène interne gauche. Puis après des alternations d'amélioration et d'aggravation entrecoupées de périodes de vomissements et de douleurs, la cachexie fait des progrès rapides si bien que la mort survient le 21 avril 1903. L'autopsie est ordonnée à la suite d'un procès intenté par la famille à la Compagnie d'assurances. On constate au niveau du pylore une ulcération sur la nature de laquelle les professeurs Lancereaux et Dieulafoy, consultés, émirent tous deux l'avis qu'il s'agissait d'un cancer de l'estomac dont l'évolution — trois mois — fut trop rapide pour être en rapport avec l'accident du 17 janvier. Voilà deux observations de cancer latent dont les symptômes apparurent après un accident. Tant qu'il n'aura pas été prouvé scientifiquement qu'un traumatisme peut faire naître un cancer, personne ne songera à établir en pareille circonstance un rapport de cause à effet entre le traumatisme et les progrès de la tumeur qui a entraîné la mort des deux individus dont je vous ai résumé les observations cliniques.

Il y a donc, comme vous le voyez, des exceptions à la règle générale relative à l'influence de l'état antérieur sur les conséquences d'une blessure. Il vous était utile d'en connaître au moins quelques-unes.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 9 Décembre 1904

Présidence de M. Surmont, vice-président

Hématomyélie cervicale traumatique

M. **Descarpentries**, interne, présente la moelle cervico-dorsale d'une femme de 26 ans, morte dans le service de M. le professeur Folet, neuf jours après avoir reçu une balle de revolver dans le cou. La balle a ouvert le sac dural, a sectionné une partie des racines de la quatrième paire cervicale gauche et a amené la production d'une hématomyélie. Cette observation importante *sera publiée in extenso*.

M. **Ingelrans**. — L'observation intéressante que nous apporte M. Descarpentries offre des points si curieux et si difficilement explicables en l'état actuel des connaissances neurologiques qu'elle mérite d'être étudiée en détail. D'ailleurs, grâce à l'obligeance de M. le professeur Folet, j'ai pu examiner la malade dans son service quelques jours après le traumatisme et j'ai, à ce moment, essayé de porter un diagnostic, ce qui était cependant tenter l'impossible, attendu que, même avec la moelle sous les yeux, on ne trouve aucune explication plausible de la plupart des phénomènes observés.

Ce n'est pas qu'en clinique des faits analogues n'aient été observés. Lépine (Thèse de Lyon, 6 avril 1900) a rassemblé 226 observations d'hématomyélie, et on rencontre, à leur lecture, plus d'une relation du même genre que celle-ci. Il y a même un fait de Minor, publié en 1896, dans les *Archiv für Psychiatrie* (XXVIII, p. 256) sur lequel celui-ci semble calqué. Il s'agit d'un homme de vingt ans qui, à la suite d'une chute, a une hémiplégie gauche (face respectée) et de la paralysie du bras droit. La respiration est purement diaphragmatique. Les réflexes rotuliens sont abolis (pourtant le droit persiste légèrement). Pas de réflexe abdominal à gauche. La sensibilité tactile est intacte partout, la sensibilité douloureuse et thermique est abolie à droite. Myosis double. Alternances rythmiques du pouls. Minor, en face de ce syndrome de Brown-Séquard avec dissociation des sensibilités, porte le

diagnostic d'hématomyélie au niveau des sixième, septième et huitième paires cervicales et de la première dorsale. Ce malade a guéri : il lui restait une parésie des bras et de l'atrophie des interosseux droits. L'exactitude du diagnostic de MINOR est, peut-on dire, vérifiée par l'autopsie de la malade de M. FOLET, dont l'histoire est littéralement calquée sur celle du sujet de MINOR. Mais ce dernier a établi son diagnostic par analogie avec des faits similaires et non en se basant sur la physio-pathologie qui se trouve singulièrement en défaut, on va le voir, pour expliquer les signes observés chez ces blessés.

I. Lorsque la substance grise de la moelle épinière est détruite, en général et par exemple dans la syringomyélie, on constate une dissociation des sensibilités du côté même où siège cette altération. Pendant la vie de la malade, vis-à-vis d'une hémiplégie gauche avec hémi-thermo-analgésie droite, j'ai éliminé de ce chef l'hématomyélie. C'était un tort, car, lorsqu'un vaste foyer hémorragique ne dépasse pas les limites d'une moitié de la moelle il se traduit cliniquement par le syndrome de BROWN-SEQUARD avec anesthésie totale ou simplement avec thermo-analgésie du côté opposé. Mais il est certain que le syndrome de BROWN-SEQUARD est plus fréquent dans l'hémisection traumatique de la moelle que dans l'hématomyélie. Or, il s'agissait d'une balle ayant ouvert le sac dural (on en était rendu certain par l'écoulement de liquide céphalo-rachidien). Dès lors, on soupçonnait malaisément que cette balle eût passé à côté de la moelle sans la blesser directement (c'est pourtant ce que l'autopsie a démontré) et j'aboutis à la conclusion qu'il s'agissait d'une hémisection incomplète avec conservation d'une partie des cordons postérieurs conducteurs de la sensibilité tactile. Je n'expliquais pas de cette façon la paralysie du bras droit, mais est-ce qu'on l'explique avec cette hématomyélie qui siège exclusivement à gauche ?

II. La malade avait une hémi-thermo-analgésie du tronc et des membres droits (sauf à la région antérieure de l'abdomen). Comment cela peut-il s'expliquer ? Lorsque la substance grise est détruite, comme dans la syringomyélie, la thermo-analgésie n'existe que dans la région dépendante du segment médullaire lésé, dans la région de la surface cutanée qui se trouve en connexion directe avec ce segment (voir VAN GEHUCHTEN : *Semaine Médicale*, 1899, pages 114 et 116 et la figure 4 annexée à son travail). Il faudrait pour expliquer la dissociation syringomyélique par une lésion de la substance grise admettre que cette lésion s'étend sur toute la hauteur de la moitié de la moelle, ce qui n'est pas, la preuve en est. D'ailleurs, même avec une lésion qui s'étendrait sur une pareille hauteur, les troubles sensitifs ne seraient pas croisés, mais homolatéraux.

Mais, dira-t-on, dans l'hémisection de la moelle, l'anesthésie est croisée, même quand elle ne porte que sur la douleur et le sens thermique. C'est exact et c'est à cause de l'exactitude certaine de cette symptomatologie que j'avais pensé à l'hémisection. Mais si c'est un fait clinique avéré, ce n'en est pas moins un fait inexplicable : le syndrome de BROWN-SEQUARD est inexplicable chez l'homme, la conduction de la sensibilité n'étant pas croisée dans la moelle (DEJERINE).

L'hémisection de la moelle n'existant pas et la lésion constatée de la substance grise ne pouvant suffire à expliquer les troubles sensitifs, reste à se demander si ceux-ci ne dépendent pas d'altération de la substance blanche. Or, depuis 1893, VAN GEHUCHTEN dit que le faisceau de GOWERS qui est croisé sert à la transmission de la sensibilité thermique et douloureuse. Une lésion du faisceau de GOWERS expliquerait ici tous les troubles sensitifs et leur topographie. Cette lésion est d'ailleurs très admissible, ce faisceau se trouvant à la périphérie de la moelle, juste à l'endroit que la balle a frôlé. L'histologie montrera en quel état il se trouve, ce qui est capital.

Malheureusement l'opinion de VAN GEHUCHTEN sur le rôle de ce faisceau est rejetée par DEJERINE qui dit que, à la suite de lésions transverses, ce faisceau peut être dégénéré des deux côtés sans qu'on ait noté des troubles sensitifs comparables à ceux de l'hématomyélie et de la syringomyélie. Chez les animaux, la section du faisceau de GOWERS ne donne pas de thermo-analgésie : de plus, ce faisceau va au cervelet et les lésions du cervelet ne donnent pas de troubles de la sensibilité douloureuse ou thermique. D'ailleurs, pour DEJERINE et LONG, il n'y a pas lieu d'admettre que les sensations dites tactiles, douloureuses et thermiques constituent des fonctions distinctes et que leur conduction médullaire se fasse par des systèmes spéciaux. De plus, dans le cas précité de MINOR semblable au présent fait, comment le faisceau de GOWERS aurait-il été lésé ? Il s'agissait d'une simple chute. Ainsi, le présent cas reste absolument obscur.

III. Il est encore obscur en ce qui a trait à la parésie du bras droit et au myosis de ce côté. Le myosis gauche s'explique par la destruction des fibres sympathiques irido-dilatatrices qui prennent leur origine dans la moelle à ce niveau. Mais le myosis droit et la paralysie brachiale droite ne peuvent être regardés que comme relevant de la compression ou de l'inhibition possibles de ces fibres sympathiques à droite et d'une partie du faisceau pyramidal droit. C'est une explication hypothétique.

IV. En ce qui concerne la bradycardie, elle était peut-être normale chez la blessée, puisqu'on ignore le nombre habituel des battements de son cœur. Si elle était pathologique, on pensera à l'expliquer par la lésion possible des origines centrales des nerfs cardiaques sympathiques, c'est-à-dire de la partie inférieure de la moelle cervicale.

Mais M. le professeur WERTHEIMER (*Echo médical du Nord*, 7 août 1898, p. 378) écrit que la plupart des expérimentateurs admettent que l'ablation du système accélérateur ne modifie pas le nombre des battements du cœur. Il faudrait pour que le cœur se ralentit par cette suppression que les nerfs vagues fussent préalablement coupés. Si donc, chez la blessée en question, la bradycardie n'était pas physiologique, on ne peut en indiquer le mécanisme.

V. Les réflexes cutanés étaient conservés (on a même noté le signe de BABINSKI d'un côté à un certain jour) mais les réflexes rotuliens étaient abolis, Comment se rendre compte de cette abolition et de cette dissociation ? C'est fort difficile. Il est certain que dans le tabes et la maladie de FRIEDREICH, par exemple, les réflexes tendineux sont abolis, tandis que les réflexes cutanés plantaires persistent le plus souvent. Mais le mécanisme ne doit pas être le même que dans le cas actuel.

On tend à admettre que les réflexes cutanés sont d'origine corticale, les réflexes tendineux d'origine basilaire. VAN GEHUCHTEN pense que les réflexes cutanés sont liés à l'intégrité de la voie cortico-spinale et les réflexes tendineux à l'intégrité de la voie rubro-spinale. La démonstration n'en est point faite encore. La physiologie normale étant incapable d'indiquer pour le moment la voie des réflexes chez l'homme, on ne sera pas surpris que de pareils états pathologiques soient encore à l'étude. Ce qui est certain c'est qu'une lésion transverse *complète* de la moelle cervicodorsale amène d'ordinaire une abolition complète de tous les réflexes dans le segment spinal sous-jacent, mais que parfois le réflexe cutané plantaire peut être conservé pendant un certain temps alors que les réflexes tendineux sont complètement abolis. Puisqu'avec une section complète les réflexes cutanés peuvent encore exister, a fortiori concevra-t-on qu'ils aient pu persister ici puisque la section était incomplète. Néanmoins si c'est un fait, ce n'est pas une explication.

En somme, il faut sans doute invoquer plus que l'hématomyélie à elle seule pour interpréter et les symptômes et la mort. L'expression très vague de réactions à distance devrait être évoquée peut-être. D'autre part BAILEY et BOLTON (*Journ. of nervous diseases*, 1898, p. 821) n'ont-ils pas écrit que dans l'hématomyélie traumatique, la destruction du tissu nerveux est assez étendue pour que l'hémorragie ne constitue guère qu'un accident d'importance secondaire. Là est peut-être la vérité.

M. **Charmeil** fait ressortir l'importance probable de ces réactions à distance et des troubles secondaires. La bradycardie ne dépendait-elle pas d'une excitation bulbaire du pneumogastrique ? La mort elle-même ne trouve pas son explication dans une méningite secondaire, malgré l'hyperthermie des derniers jours. Il est vrai, il faut le dire, que les signes de cette méningite n'auraient guère pu exister avec une telle altération des transmissions de tout genre dans le névraxe.

M. **Ausset** ne croit pas à la méningite terminale. Là mort a dû se produire par un autre mécanisme.

M. **Lambret** dit que dans ces cas la mort a lieu souvent dans les vingt-quatre heures et demeure inexpliquée.

M. **Ingelrans** croit que l'écoulement permanent et considérable du liquide céphalo-rachidien doit jouer un grand rôle dans les causes de la mort.

M. **Le Fort** remarque l'intégrité de la moelle à l'œil nu pendant la vie, lors de l'opération. Le chirurgien qui intervient en pareille occurrence ne peut donc tabler sur cette intégrité absolue d'apparence pour porter un pronostic moins défavorable. Il serait singulièrement trompé.

Calculs vésicaux à symptômes intermittents

M. **Carlier** présente trois gros calculs vésicaux enlevés par la taille hypogastrique chez trois malades dont les accidents ont présenté beaucoup d'analogie. Ces malades ont été souffrants par intermittence, chaque crise douloureuse de la vessie ayant été parfois suivie d'une période d'accalmie qui a pu persister pendant plusieurs années.

Un de ces calculs, de la grosseur d'une tomate et pesant 150 grammes, a été observé chez un homme de cinquante-quatre ans. La première hématurie chez ce malade était survenue à l'âge de 16 ans. Cet homme était parfois quatre ou cinq ans sans éprouver aucune douleur de la vessie, il fit même la campagne de 1870. Ses vraies douleurs remontent à un an, époque d'apparition d'une cystite qui a persisté depuis lors.

Chez un second malade, âgé de 55 ans, et dont la pierre, bien que grosse comme une noix, ne pèse que 35 grammes les symptômes furent aussi nettement intermittents. Ces derniers consistaient en hématuries très abondantes durant souvent pendant huit jours consécutifs et qui pouvaient en imposer pour un néoplasme vésical.

Enfin un troisième malade était porteur d'une pierre vésicale d'une nature toute particulière qui permettait d'expliquer l'atténuation survenue dans les symptômes vésicaux pendant les années qui précédèrent l'opération. La pierre était en effet complètement recouverte d'une couche de méthémoglobine, d'un centimètre d'épaisseur, résultant de saignements successifs et qui pouvait faire comparer ce calcul à une pierre vulgaire recouverte de mousse.

Anévrysme poplité

M. **Descarpentries**, interne, présente un anévrysme poplité recueilli dans le service de M. le professeur FOLET.

E. Charles, quarante ans, cocher, entre le 2 août dans le service pour gangrène de la jambe gauche. Il est alcoolique, légèrement artérioscléreux : aucune trace de syphilis. Son métier est fatigant, il a déjà eu quatre entorses, dont trois à la jambe gauche.

Depuis le 14 juillet, il ressentait dans la jambe gauche des crampes et des fourmillements; quand dans la nuit du 18, après s'être levé vers trois heures du matin, il ressentit en se recouchant une violente douleur dans le pied et la jambe gauches. Il ne pouvait bouger cette dernière, tant elle était engourdie et douloureuse. Le matin, il la trouva bleuâtre et œdématiée. On lui fit des pansements à l'eau oxygénée. A son entrée, la jambe est œdématiée jusqu'au genou, la teinte bleuâtre remonte du côté externe à treize centimètres de la malléole externe, du côté interne à dix-neuf centimètres du point correspondant. Le malade paraît profondément intoxiqué, teint plombé, insomnie depuis quinze jours, anorexie absolue, pouls à 170, température axillaire 39°5, urines albumineuses.

L'amputation de la cuisse fut faite d'urgence et en disséquant la pièce pour trouver l'oblitération artérielle, on trouva l'anévrysme.

Le malade savait qu'il avait une tumeur au creux poplité. Il s'en était aperçu, il y a trois mois, en se frictionnant la jambe à la suite d'une crampe. Depuis sept à huit ans, il avait remarqué que cette jambe était un peu lourde, sujette à la fatigue et très sensible au froid.

Nous avons affaire à un anévrysme artériel de la grosseur d'un œuf de poule survenant à la partie inférieure du creux poplité et se développant vers l'articulation. Signalons la profession du malade, et les trois entorses qu'il a eues à cette jambe. Cet anévrysme est obstrué par un caillot, blanc à la périphérie, rouge au centre : ce qui semble indiquer que le processus de guérison naturelle s'est produit et a dépassé son but en obturant complètement la lumière de l'artère. Le caillot avait gagné le tronc tibio-péronier. L'embouchure des artères articulaires inférieures était bouchée par le caillot. La circulation de retour ne pouvait se rétablir que par la récurrente tibiale antérieure : ce qui explique, comme y insiste P. Delbet dans son article (in Le Dentu et Delbet), la gangrène rapide et remontant très haut sur la jambe.

Polype placentaire

M. Gellé, interne, montre les coupes du polype utérin, présenté par M. Le Fort, le 28 octobre dernier. C'est un polype placentaire comme on l'avait soupçonné.

M. Oui dit qu'il est difficile d'affirmer que ce polype existait depuis treize ans. On n'en a aucune certitude. Il est curieux, d'autre part, quel que soit l'âge de ce polype, de voir la persistance de vitalité des éléments du placenta qui sont d'origine fœtale.

Méningite séreuse atténuée à méningocoques

MM. Patoir et Dehon communiquent une très importante observation de méningite séreuse au cours de laquelle on a constaté la présence de méningocoques dans le liquide rachidien, sans aucune réaction leucocytaire dans ce liquide. Ce travail *sera publié in-extenso.*

M. Ingelrans, en présence de l'existence du méningocoque dans le liquide extrait par ponction lombaire, ne croit pas que la constatation de l'intégrité de ce liquide suffise à faire admettre que le méningocoque y existait à l'état de microbe latent et sans avoir provoqué de méningite. Il ne saurait être question de microbisme latent puisque la malade a offert des signes de méningite qui ont justement déterminé M. Patoir à faire la ponction. Le diagnostic doit être celui de méningite cérébrale à méningocoques, car cet agent ne donne pas forcément des méningites cérébro-spinales. L'absence de réaction leucocytaire du liquide rachidien peut s'expliquer par l'interruption (due à l'inflammation) des communications normales entre le liquide crânien et le liquide rachidien.

M. Patoir répond que cette absence de communication est tout à fait improbable puisque le méningocoque qui aurait créé la méningite cérébrale a été trouvé par la ponction. — De plus, les cas où le liquide céphalo-rachidien est normal dans les méningites sont d'habitude des cas de méningite en plaques. Ce qui fait croire en outre que le méningocoque n'a pas causé de méningite, c'est que les signes cliniques se sont montrés extrêmement légers. Il n'y a pas eu de signes vrais de méningite, en particulier pas d'excitation. La participation des méninges n'est nullement démontrée. Les éléments nerveux ont pu être touchés directement, sans participation méningée, car les signes qui sont rapportés dans l'observation, ne sont pas d'une façon exclusive imputables à une méningite.

M. Ingelrans. — Il n'existe pas de signes imputables directement aux lésions des méninges : les symptômes des méningites sont toujours des symptômes d'emprunt, liés à la réaction du névraxe sous-jacent. D'autre part, il n'y a pas que les méningites en plaques qui laissent le liquide de la ponction normal. Hutinel dit qu'il peut être clair, tandis qu'il y a du pus à la surface du cerveau : on en a publié des cas indéniables. Quant au méningocoque, beaucoup plus petit qu'un leucocyte, il peut sans doute passer là où ce dernier est arrêté. La bénignité relative des signes n'empêche pas l'existence de l'inflammation. La méningite à méningocoques guérit fort souvent : d'autre part, dans ses formes atténuées et ambulatoires, elle peut causer la mort subite avant qu'aucun autre signe que la présence du microbe dans le liquide de la ponction ne l'ait révélée.

M. Patoir. — Cela n'empêche pas que le méningocoque doit pouvoir vivre à l'état latent dans le liquide. C'est probablement ainsi qu'on peut expliquer les formes à rechutes où des semaines d'intervalle se passent sans nul symptôme. Le méningocoque est peut-être alors dans le liquide céphalo-rachidien à l'état où on l'a trouvé dans les fosses nasales de sujets ayant eu une méningite antérieurement.

Il demeure dans ces fosses nasales à l'état inoffensif jusqu'à sa pénétration dans les méninges.

M. **Ingelrans.** — A moins précisément que ces rechutes ne correspondent chaque fois à de nouveaux exodes du microbe des cavités nasales vers le cerveau. Il s'agit plutôt de réinoculations successives que d'état latent dans le liquide céphalo-rachidien. L'état latent se conçoit mieux dans les fosses nasales.

M. **Ausset** dit qu'il a vu chez un enfant, une méningite à diplocoques, probablement méningocoques, qui a guéri. Chez un autre enfant, ayant tous les signes d'une méningite, il n'y avait absolument rien dans le liquide : guérison. M. Ausset a étudié dans la thèse de Brassart des cas de soi-disant méningisme où la ponction donnait un cyto-diagnostic positif; mais il n'a pas publié tous les cas où il était négatif. On peut avoir tous les signes de la méningite sans que celle-ci existe. Souvent, d'ailleurs, on doit attribuer les réactions méningées aux toxines et pas toujours aux microbes eux-mêmes.

M. **Ingelrans.** — Il est probable qu'il y a des méningites d'origine toxinique et non bactérienne ; mais les premières donnent un cyto-diagnostic positif aussi bien que les autres. Si on peut avoir tous les signes de la méningite sans que celle-ci existe (et c'est l'ancien méningisme qui a été combattu dans la thèse de Brassart) c'est assez rare, en dehors de la dentition, des vers intestinaux et de l'hystérie. Ce qui est plus fréquent, Roger Voisin l'a démontré pour les broncho-pneumonies et Monod pour les oreillons, c'est de trouver au cours des infections un cyto-diagnostic positif alors que nul signe de méningite n'existait. La constatation de microbes dans le liquide de la ponction équivaut à la constatation d'une méningite, même si celle-ci est atténuée au point de ne fournir aucun signe.

M. **Ausset** répond que pourtant, à la dernière séance de la *Société de Pédiâtrie*, un élève de M. Hutinel a signalé des cas de cyto-diagnostic négatif au cours d'accidents méningés dus à des broncho-pneumonies infantiles.

M. **Ingelrans.** — Il ne s'agissait pas, dans ces cas, d'accidents méningés, mais d'imprégnation de l'écorce par des toxines (Nobécourt). Roger Voisin avait également dit dans sa thèse que, sans méningite microbienne, séreuse ni toxinique, on peut voir des accidents cérébraux qui ne sont même pas du méningisme, mais le résultat de l'imprégnation du cerveau même par des toxines.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le tableau de **répartition des internes et externes dans les services** des hôpitaux en 1905 est établi comme suit :

Hopital de la Charité

Clinique chirurgicale. — M. le professeur Dubar; chef de clinique, M. le docteur Drucbert; internes, MM. Legrand (Eugène), Leclercq, faisant fonctions d'interne; externes MM. Nollen, Remy, Vandenabeele, Carrez, Ducatillon.

Clinique médicale. — M. le professeur Combemale; chef de clinique, M. le docteur Breton; interne, M. Looten, externes, MM. Paquet, Horel, Denizard, Cannac, Riche.

Clinique obstétricale. — M. le professeur Gaulard; chef de clinique, M. le docteur Vanverts ; internes, MM. Gugelot, Arquembourg ; externe M. Dernoncour.

Pavillon Victor Olivier

Faisant fonctions d'internes, MM. Castiaux, Derémaux ; externes, MM. Vantourout, Tréhout.

Hopital Saint-Sauveur

Clinique chirurgicale. — M. le professeur Folet; chef de clinique, M. le docteur Juste Colle ; internes, MM. Taconnet, Petit ; externes, MM. Gérard, Legrand (Lucien), Hannart, de Swarte, Capron, Dolain.

Clinique médicale. — M. le professeur Lemoine; chef de clinique, M. le docteur Vandeputte ; internes, MM. Caudron et Pinchart ; externes MM. Hocquette, Gœlhinger, Carlier, Ammeux, Gosselin.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — M. le professeur Charmeil; préparateur et aide préparateur MM. les docteurs Tavernier et Bertin ; interne provisoire, M. Patou ; externes, MM. Beun, Blond, Ruyssen, Grimiaux, Lemoine.

Clinique ophtalmologique. — M. le professeur Baudry; chef de clinique, M. le docteur Verhaeghe ; externes, MM. Poiteau, Andrès, Lheureux.

Clinique des maladies des organes génito-urinaires. — M. le professeur Carlier; aide de clinique, M. le docteur Davrinche ; interne, M. Paul Butruille ; externes, MM. Berthou, Bouly, Bricout, Eloy.

Clinique chirurgicale des maladies des enfants. — M. le professeur agrégé Gaudier; aide de clinique, docteur Debeyre ; interne, M. Descarpentries ; externes, MM. Deruelle, Lecomte, Solau, Baras.

Clinique médicale des maladies des enfants. — M. le professeur agrégé Carrière ; interne, M. Bernard ; externes, MM. Faidherbe, Marlier, Verhaeghe.

Service spécial des filles publiques. — M. le docteur Bertin ; externe, M. Marsy.

Service temporaire de la diphtérie. — M. Achille Butruille, interne.

Consultation de laryngologie. — M. le professeur agrégé Gaudier ; externes, MM. Brasseur, Descamps.

— La **Société médico-chirurgicale du Nord**, vient de se constituer à Lille, sous le régime de la loi sur les associations du 2 juillet 1901 ; son but est l'étude et les progrès des sciences médicales. Les statuts et règlement de cette Société nous sont communiqués par le bureau provisoire, composé de MM. les docteurs Richard-Lesay et Vanverts. Nous adressons nos souhaits de bienvenue à ce nouveau groupement scientifique.

— Parmi les dernières nominations et mutations dans le **corps de santé militaire** (armée active), nous relevons comme intéressant particulièrement notre région les suivantes :

M. le docteur Sebillon, promu au grade de médecin-major

de 1re classe, est maintenu au 27e d'artillerie, à Douai ; M. le docteur Humbel, promu médecin-major de 2me classe est maintenu au 110e d'infanterie à Dunkerque ; M. le docteur Blary, promu médecin-major de 2me classe est maintenu au 127e d'infanterie, à Valenciennes.

M. le docteur Villedary, médecin-major de 1re classe est désigné pour l'hôpital militaire de Lille ; M. le docteur Sturel, médecin major de 2me classe est désigné pour le 150e d'infanterie, à Mézières ; M. le docteur Sirot, médecin aide-major de 1re classe, est désigné pour le 1er d'infanterie, à Cambrai ; M. le docteur Chauffour, médecin aide-major de 2me classe, est désigné pour le 29e d'artillerie, à Laon.

Distinctions Honorifiques

Instruction publique.— Sont nommés officiers ; MM. les docteurs Lestage, médecin des colonies ; Martin, Machtou, Sieur, médecins-majors à l'hôpital du Dey à Alger : Stumpf, d'Alger ; Cot, maire de la Maison Blanche (Alger) : Denis à Mustapha ; Esperandieu, à Soukharras ; Flottard, à Blidah ; Grucker, à Sedrata; Liagre à Constantine; Pierre, à Boukra.

Notre Carnet

Le 9 décembre 1904, ont eu lieu à La Bassée (Nord), les cérémonies du mariage du docteur Le Bras, de Daoulas (Finistère), avec Mlle Gabrielle Legrand, fille du docteur Legrand, de La Bassée. Nous adressons nos meilleurs souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— Le docteur Henry Bernard-Dubar, de Tourcoing, nous prie de faire connaître à nos lecteurs qu'il est installée à Cannes, 84, rue d'Antibes.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Stagienski, de Saint-Etienne (Loire) ; Sauvet, de Marseille (Bouches du-Rhône) ; Neveu, de Becherel (Ille-et-Vilaine) ; Lesueur, de Bernay (Eure) ; Merle, de Nîmes (Gard) ; Mora, de Paris ; Badoz, de Brioude (Haute-Loire).

Français, étudiant en médecine à Paris.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

51e et 52e Semaine, du 11 au 24 Décembre 1904

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	3
3 mois à un an	4	6
1 an à 2 ans	4	5
2 à 5 ans	6	4
5 à 10 ans	3	1
10 à 20 ans	»	3
20 à 40 ans	12	11
40 à 60 ans	21	13
60 à 80 ans	15	17
80 ans et au-dessus	4	9
Total	78	72

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	14	18	31	32	17	16	14	9	22	2	14	189
TOTAL des DÉCÈS	8	26	22	30	8	19	10	4	13	4	6	150
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Autres causes de décès	3	9	3	9	4	7	4	1	4	2	2	48
Homicide	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Suicide	»	»	»	1	2	»	»	»	»	»	»	3
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	3	3	4	2	»	»	4	3	4	2	1	26
Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	»	2	3	4	»	1	1	»	1	»	1	13
Maladies organiques du cœur	»	3	4	2	1	2	1	»	1	»	»	14
Bronchite et pneumonie	2	5	5	6	»	4	»	»	1	»	»	23
Apoplexie cérébrale	»	2	»	2	1	2	»	»	2	»	1	10
Autres	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	1	3	3	»	»	»	»	»	»	»	7
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

N° 417. Neuvième Année. N° 2 Le Numéro : **10** centimes 8 Janvier 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Paralysie flasque du bras gauche, due à un ramollissement cérébral survenu chez un épileptique ; non participation de ce bras aux convulsions des attaques. Foyer de ramollissement remontant à seize ans, présentant l'aspect de l'infiltration celluleuse ; dégénérescence secondaire ; examen histologique,

par MM. les docteurs

Chardon, directeur médecin et **Raviart,** médecin adjoint

de l'asile d'Armentières.

Le malade Adolphe B..., ancien mécanicien des chemins de fer, 62 ans, est entré le 2 août 1893, à l'asile d'Armentières.

Ses antécédents héréditaires nous sont inconnus ; comme antécédents personnels, de nombreux excès alcooliques, tant en vin qu'en alcool, sont avoués par lui.

Vers l'âge de 40 ans apparurent chez B... des crises d'épilepsie ; comme elles étaient rares et qu'il les dissimulait, il put continuer à faire son service de mécanicien, mais un jour il eut une crise sur sa machine, un accident survint, il dût cesser ses fonctions.

Quelques années plus tard, en 1886, il eut un ictus apoplectique et consécutivement une hémiplégie gauche complète qui le força à rester alité pendant près de deux ans. Petit à petit les mouvements redevinrent possibles au niveau de la face, puis de la jambe, si bien qu'il put se lever et se tenir assis dans un fauteuil, un peu plus tard marcher en s'appuyant sur des béquilles, et, quatre à cinq ans après l'ictus, en s'aidant d'un simple bâton. Seul le bras gauche demeura totalement paralysé et tel que nous avons pu l'observer treize ans plus tard.

Tandis que les lésions se réparaient, apparurent chez B... des idées délirantes de persécution, il s'imagina que les Bénédictins l'avaient empoisonné alors qu'il était ouvrier mécanicien chez eux, et que le poison qu'ils lui donnèrent — forte dose d'émétique — détermina chez lui la paralysie.

Après un séjour de cinq années à l'Hôtel-Dieu d'Avallon, comme B... présentait des idées délirantes de plus en plus marquées et qu'en outre il avait des accès d'épilepsie après lesquels il était plus troublé, il fut transféré à l'asile d'Auxerre (1er janvier 1892). Après un séjour de dix-huit mois dans cet établissement, B... fut transféré à Armentières (2 août 1893).

Pendant toute la durée de son séjour ici, il présenta le même délire ; les Bénédictins l'ont empoisonné comme ils en ont empoisonné beaucoup d'autres, afin de ne pas lui payer la somme qu'ils lui devaient pour son travail, il ne cessa d'accuser « ces lâches assassins qui pour ne pas payer l'ouvrier n'hésitent pas à employer les moyens les plus vils pour faire disparaître ceux qui ont eu la naïveté de se laisser amadouer par eux et croire à leurs folles promesses ! »

Il écrit au Procureur de la République pour le mettre au courant des péripéties de ce drame infernal sans égal dans les annales de la justice, écrit aux Bénédictins pour leur réclamer de l'argent, à un

avocat pour le faire sortir d'un établissement où le crime et les mensonges l'ont placé. Pendant dix années il ne cessa d'écrire, de protester, de demander une idemnité de 30.000 francs.

Comme beaucoup d'épileptiques, B... était toujours d'humeur chagrine, causant peu, excitant les autres malades à ne pas travailler, à réclamer, réclamant lui-même beaucoup et à propos de tout. Il prétendait n'être pas malade et affirmait constamment qu'il ne tombait pas d'épilepsie.

Sa mémoire était bonne; et il ne présentait en somme, outre ses idées délirantes, qu'un très léger affaiblissement des facultés.

Durant son séjour à l'asile il ne cessa de présenter des *attaques d'épilepsie* qui survenaient assez souvent la nuit et quatre à cinq fois par mois pendant le jour. Attaques présentant les caractères ordinaires des crises d'épilepsie, survenant brusquement, accompagnées de morsures de la langue, de gâtisme, suivies de période de torpeur consécutivement à laquelle B... se montrait plus méchant que de coutume.

Fait intéressant, les mouvements convulsifs étaient très marqués dans les membres droits, l'étaient peu dans la jambe gauche et *n'intéressaient pas le bras paralysé*.

Comme nous l'avons dit plus haut B... présentait une *hémiplégie gauche*, parésie faciale, *paralysie absolue du bras* qui était *flasque* et que le malade pouvait mobiliser à l'aide de l'autre main, paralysie moins marquée de la jambe qu'il ne pouvait que difficilement soulever. Il pouvait néanmoins se tenir debout, marcher péniblement, lentement du reste et en fauchant légèrement.

Pas de *troubles sphinctériens* en dehors des attaques.

Les *réflexes* totalement abolis au niveau du bras gauche existaient un peu exagérés au niveau des membres inférieurs, à gauche surtout, on provoquait assez facilement de ce côté la trépidation spinale, celle-ci se produisait parfois spontanément quand le malade était assis ; pas de réflexe plantaire.

La *sensibilité* était abolie dans tous ses modes au niveau du bras gauche, elle était émoussée au niveau de la jambe et de la face du même côté, partout ailleurs elle était à peu près normale.

Comme troubles de la sensibilité subjective, notons des sensations douloureuses au niveau des épaules et dans les membres paralysés, sensations plus marquées aux changements de température, et une sensation de froid particulièrement accusée au niveau du bras gauche, aussi B... se chauffait-il le plus souvent, et en raison de l'anesthésie qu'il présentait il lui arrivait parfois de brûler ses vêtements.

Comme troubles sensoriels B.. présentait de l'*amblyopie* accentuée de l'œil gauche.

Les membres paralysés étaient le siège de *troubles trophiques et vaso-moteurs marqués* ; amaigrissement très notable du bras surtout, œdème, refroidissement, arrêt complet d'accroissement des ongles de la main et du pied gauches.

B.. s'affaiblit progressivement sans que les troubles des facultés intellectuelles subissent une modification notable.

Il mourut dans le marasme le 17 octobre 1903.

Autopsie. — *Calotte crânienne* peu épaisse présentant des dépressions dues à de nombreuses granulations méningiennes, adhérant fortement à la *dure-mère*, celle-ci ne présente pas d'altérations appréciables. La *pie-mère* est légèrement congestionnée et opalescente dans toute son étendue. Au niveau de la convexité de l'hémisphère droit, elle est affaissée sur une longueur de plus de dix centimètres sur une largeur de deux centimètres, dans ses parties en rapport avec la troisième circonvolution frontale, la région moyenne et inférieure des frontale et pariétale ascendantes et l'extrémité antérieure de la deuxième circonvolution pariétale. Cet affaissement correspond ainsi que nous allons le voir à une perte de substance. Des sections transversales des hémisphères montrent qu'il s'agit d'un ancien *foyer de ramollissement* ayant détruit les régions suivantes : troisième circonvolution frontale sauf son extrémité antérieure, lèvre supérieure de la scissure de Sylvius, circonvolutions du lobule postérieur de l'insula, parties moyenne et inférieure des frontale et pariétale ascendantes, extrémité antérieure de la pariétale inférieure.

En profondeur, le foyer de ramollissement s'étend à trois centimètres en avant et en arrière à cinq centimètres dans sa partie moyenne. Outre les circonvolutions de l'insula, la capsule externe et l'avant mur sont détruits et le foyer dans sa partie antérieure est limité en dedans en haut par la capsule interne, en bas par la face externe du noyau lenticulaire ; plus en arrière il approche sans l'atteindre le bord externe du ventricule latéral près du carrefour ventriculaire, et s'étend presque jusqu'à la couche optique détruisant partiellement à ce niveau les fibres du segment postérieur de la capsule interne. Ce vaste foyer de ramollissement présente l'aspect singulier décrit par les anciens sous le nom d'*infiltration celluleuse*. La paroi externe n'en est constituée que par la pie-mère opalescente un peu épaissie, en de rares endroits, elle est doublée d'une mince couche de tissu ocre qui lui adhère fortement et qui paraît constitué par du tissu de sclérose imprégné de pigments, enfin sur les limites du foyer alors que la pie mère va gagner la surface des circonvolutions, elle est encore doublée par une mince couche de tissu ocre qui se continue avec l'écorce grise des circonvolutions adjacentes — *plaques jaunes* des anciens auteurs —.

De tous les points de la face interne de la pie mère partent dans tous les sens des travées de tissu cellulaire lâche formant une sorte de feutrage de densité variable suivant les points considérés, unissant assez solidement entre elles les parois du foyer ; ce tissu celluleux est parcouru par de nombreux vaisseaux volumineux que le simple examen à l'œil nu montre perméables et qui, étant donné leur volume, ne sauraient être néo-formés ; quelques-uns d'entre eux doivent être considérés comme les branches de la sylvienne qui irriguaient antérieurement les régions actuellement détruites. Ce tissu feutré est de couleur variable gris-blanchâtre en certains points, il est jaunâtre en d'autres et rappelle alors l'aspect des plaques jaunes.

Les parois interne, supérieure et inférieure du foyer, à surface irrégulière, de teinte grise ou jaunâtre paraissent constituées par une sorte de membrane celluleuse au niveau de laquelle les travées du feutrage viennent s'insérer, membrane qu'il est aisé de détacher de la substance cérébrale sous-jacente.

Les parties voisines du foyer présentent un certain degré d'atrophie, c'est ainsi que quelques-unes des circonvolutions sont nettement diminuées de volume; mais la chose est surtout apparente pour la couche optique gauche qui présente une diminution très marquée de son volume — près de la moitié — et en particulier de ses parties supérieures. C'est ainsi que sa face supérieure intraventriculaire apparaît ridée longitudinalement et que sur une surface de section transversale intéressant les couches optiques dans leur partie moyenne, le noyau supérieur et les régions sous-jacentes de la couche optique droite contrastent par leur petitesse, leur aspect spongieux, leur consistance molle avec le volume, l'aspect compact et la fermeté des régions correspondantes de la couche optique gauche. Cette atrophie n'a rien qui doive nous surprendre étant donné que du fait de la destruction des circonvolutions dont il a été question plus haut d'une part et d'une partie des radiations optiques d'autre part, un nombre considérable de fibres ganglio-corticales ont été frappées de dégénérescence et la couche optique ainsi privée de ses connexions s'est atrophiée.

Nous avons en outre constaté l'existence d'une *dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal*, le pied du pédoncule cérébral droit est moins volumineux que le gauche, la pyramide antérieure droite du bulbe est très atrophiée.

Enfin on remarque dans presque toute l'étendue de la *moelle* cervicale une hémiatrophie gauche se traduisant par une différence de un millimètre au profit du segment médullaire du côté opposé.

Les *vaisseaux* cérébraux sont athéromateux.

Outre ces lésions des centres nerveux nous avons trouvé à l'autopsie de ce malade des lésions d'*artériosclérose*. L'aorte en particulier présente ces lésions au plus haut degré, elle est pavée de plaques calcaires qui la rendent rigide ; sa crosse est particulièrement dilatée et présente en quelques points le début d'anévrysmes cupuliformes. Les lésions se propagent aux valvules sigmoïdes qui sont épaissies, il n'y a pas d'insuffisance.

La surface articulaire de la tête humérale gauche présente à son pourtour quelques points érodés.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE a porté sur divers points de l'écorce cérébrale — régions frontales, ascendantes droites et gauches, parois du foyer d'infiltration celluleuse - et sur la moelle épinière dans ses différentes régions.

En voici le résultat :

Circonvolutions frontales. On note à leur niveau une hypertrophie marquée des éléments névrogliques, des fibres surtout, de la couche intermédiaire entre la pie-mère et les fibres tangentielles de l'écorce. Les cellules nerveuses présentent peu d'altérations, le nombre de cellules normales est de beaucoup supérieur à celui des éléments altérés, ces derniers présentent pour la plupart du gonflement nucléaire avec migration du nucléole à la périphérie, plus rarement, on constate une destruction plus ou moins complète de leur protoplasma.

Les *circonvolutions ascendantes* ne présentent pas plus d'altérations que les frontales, les éléments désagrégés y sont rares, le gonflement nucléaire est la lésion la plus fréquemment constatée.

Sur des coupes verticales intéressant la paroi du foyer d'*infiltration celluleuse* et les parties voisines du feutrage nous avons pu étudier cette intéressante



Coupe passant par la paroi d'un foyer de ramollissement cérébral ancien, présentant l'aspect décrit sous le nom d'infiltration celluleuse. P, pie-mère ; C, substance cérébrale formant la paroi du foyer ; l, lacunes dans la trame névroglique de la paroi du foyer ; C, cellules nerveuses des parties saines de la substance cérébrale ; f, fibres à myéline ; F, cavité du foyer ; t, travées névrogliques ; p, traînées pigmentaires péricapillaires ; v, vaisseaux perméables, non altérés. V, groupe de vaisseaux de diverses dimensions.

lésion. Comme on peut le voir sur le dessin que nous donnons de cette lésion, que les traités classiques ne représentent pas, le foyer (F) est parcouru par des travées constituées tantôt par du tissu névroglique tantôt par des vaisseaux sanguins entourés d'une atmosphère fibro-celluleuse.

Les *travées névrogliques* (t) sont de volume extrêmement variable, tantôt elles n'atteignent pas un dixième de millimètre d'épaisseur, tantôt elles dépassent cinq millimètres comme celle que l'on voit à la droite de la figure, elle sont constituées uniquement par des éléments névrogliques formant une trame de densité variable suivant les points, des cellules araignées, la plupart volumineuses, s'y rencontrent en très grand nombre ; en certaines régions ces cellules sont couvertes plus ou moins complètement de granulations pigmentaires jaunâtres. Ces travées contiennent des petits vaisseaux à parois normales, à lumière perméable. Autour d'eux existent des amas de pigment qui se présente ici sous forme de blocs volumineux, marquant d'une ligne foncée le trajet des capillaires autour desquels ils sont accumulés (en p. par exemple).

Ce sont ces dépôts pigmentaires *péricellulaires* et *périvasculaires* qui donnent aux travées la coloration jaune qu'on note en certains points.

Les travées n'ont pas de paroi, leur structure est pareille au centre et à la périphérie où les extrémités libres des fibrilles névrogliques contribuent à former un contour d'une irrégularité extrême.

Des chaînes de fibres et de cellules névrogliques unissent entre elles les diverses travées.

Les *vaisseaux* (v) existent extrêmement nombreux dans toute la trame, ce sont des artères, des veines, des capillaires de calibres divers, la lumière de ceux que représente notre dessin varie d'un demi-millimètre à un centième de millimètre de diamètre, leurs parois sont normales, aucun n'est oblitéré ; on voit en V par exemple 15 vaisseaux de calibres divers groupés en un même faisceau, réunis entre eux et aux travées voisines par des fibres névrogliques isolées.

La *pie-mère* (P) qui limite le foyer en dehors est peu modifiée, elle ne présente qu'une hyperplasie peu marquée de ses éléments conjonctifs, et sa structure est la même qu'au niveau des circonvolutions voisines. Des fibres névrogliques s'y insèrent l'unissant de leur fil ténu à de petits vaisseaux ou la reliant à des travées névrogliques importantes par l'intermédiaire d'une série d'éléments de soutien (voir la figure).

La *substance cérébrale* (C) formant les parois du foyer présente une structure absolument identique à celle des travées, elle y est constituée par une trame névroglique dont tout élément noble est absent, là encore les cellules araignées sont nombreuses ; on y voit des lacunes (l) dont rien ne permet d'élucider la pathogénie.

Au fur et à mesure qu'on s'éloigne du foyer le tissu devient plus dense et à quelques millimètre de distance on voit les fibres à myéline (f) et les cellules nerveuses (c) reparaître.

La *moelle épinière* est atrophiée dans sa moitié gauche au niveau de sa partie cervicale. La méthode de Weigert pour la myéline y montre une dégénérescence partielle du faisceau pyramidal croisé gauche que l'on peut suivre jusque dans la moelle lombaire, les fibres y sont clairsemées surtout dans la région cervicale, la lésion va en s'atténuant en descendant.

Des coupes en série de la moelle cervicale pratiquées en divers points et notamment dans la partie moyenne de son renflement, traitées par la méthode de Nissl ne nous ont pas montré d'altérations plus marquées d'un côté que de l'autre, nous avons bien trouvé un certain nombre de cellules en chromatolyse ou vacuolisées, mais elles sont en minorité et on les trouve aussi bien à droite qu'à gauche.

En résumé, chez un alcoolique artério-scléreux apparaissent vers quarante ans des crises d'épilepsie. A quarante-cinq ans survient un ictus suivi d'hémiplégie gauche avec prédominance des phénomènes paralytiques du côté du bras qui est *flasque*, et de plus complètement insensible ; amblyopie de l'œil gauche consécutive. Peu après, apparition d'idées délirantes de persécution.

Les convulsions cloniques jusque-là généralisées ne s'étendent plus au bras paralysé et apparaissent à peine à la jambe.

On note une atrophie progressive de la jambe et surtout du bras gauche, et des troubles trophiques divers Le malade meurt à soixante-deux ans.

A l'autopsie, ancien foyer de ramollissement dans le territoire de la sylvienne droite, présentant l'aspect de l'infiltration celluleuse, ayant détruit la 3e frontale droite, les parties moyenne et inférieure des ascendantes du même côté la partie postérieure du segment postérieur de la capsule interne. On note une atrophie de la couche optique droite, et une hémiatrophie gauche de la moelle cervicale. Athérome des artères du cerveau. Athérome aortique.

L'examen histologique montre des lésions peu accentuées de l'écorce cérébrale tant dans ses parties antérieures que moyennes. L'infiltration celluleuse du foyer de ramollissement apparaît constituée par une trame névroglique parcourue par de nombreux vaisseaux perméables dont le calibre et l'état des parois attestent l'ancienneté. Dans la moelle hémiatrophiée, le faisceau pyramidal est dégénéré, la corne antérieure du renflement cervical présente des altérations cellulaires de quelques éléments de ses différents groupes ganglionnaires, ces lésions paraissent exister à peu près au même degré dans la corne antérieure du côté opposé.

Les lésions de l'écorce des lobes frontaux sont analogues à celles que l'on a trouvées chez certains épileptiques.

La coexistence de l'altération des radiations optiques et de l'amblyopie croisée, de la destruction de la partie moyenne des circonvolutions ascendantes et de l'abolition de la motilité du bras du côté opposé confirme ce que nous savons sur les localisations cérébrales.

Enfin, constatation intéressante : Consécutivement à la destruction complète du centre des mouvements du membre supérieur gauche, les convulsions cloniques survenant au cours de l'attaque d'épilepsie ne s'étendent plus à ce membre malgré l'intégrité relative de la corne antérieure correspondante de la moelle.

Il est ainsi démontré une fois de plus que le rôle prépondérant dans la genèse de l'épilepsie est dévolu

à la substance corticale du cerveau, et que l'intégrité du centre moteur cortical du membre est nécessaire pour que les mouvements convulsifs de l'attaque d'épilepsie s'étendent à ce membre.

Coxa vara traumatique

par M le docteur **Gaudier**, professeur-agrégé
chargé du cours de clinique chirurgicale infantile

Le 11 avril 1904, entrait dans mon service, à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, un jeune garçon de treize ans, porteur d'une difformité de la hanche gauche, que nous allons décrire en détail.

Pas d'antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, on ne relate, comme maladie de l'enfance, que la rougeole à l'âge de quatre ans.

L'accident, cause de la difformité pour laquelle l'enfant entre à l'hôpital, date de trois ans. A cette époque, il fit une chute de six mètres de haut et tomba sur le côté gauche. Il fut porté chez lui sans connaissance ; revenu à lui, un médecin appelé constata qu'il n'y avait aucune lésion du côté du bras, ni du tronc, mais qu'il était impossible au malade d'appuyer sur le pied gauche. Il n'existait pas de déformation apparente, mais une ecchymose apparut le jour même en arrière du grand trochanter.

Le médecin diagnostiqua, paraît-il, une contusion simple de l'articulation, prescrivit du repos, des applications de compresses résolutives, et au bout de quinze jours, fit marcher l'enfant qui put le faire difficilement. Comme il n'y avait guère de progrès dans la marche, que l'enfant continuait à souffrir et qu'il y avait de l'atrophie des muscles, on ordonna du massage. C'est aux bains où on le massait que le masseur constata une déformation de la hanche assez accusée.

Le médecin traitant appela alors un de nos confrères de Lille, en consultation. Celui-ci fit radiographier l'enfant et l'on constata qu'il existait une fracture du col du fémur.

On appliqua alors un appareil plâtré avec extension de cinq kilogs, puis de trois kilogs. L'appareil fut supprimé le vingt-unième jour ; le petit malade commença alors à marcher avec des béquilles, et ensuite arriva à s'en passer, sans éprouver de douleurs. La difformité de la hanche était aussi accusée ; comme il existait du raccourcissement du membre de ce côté, on lui fit porter une bottine spéciale avec une semelle de deux centimètres et demi dépaisseur.

Au bout de six mois, l'enfant fit de la scoliose compensatrice et diminua sa claudication en fléchissant le membre sain, c'est-à-dire le droit, et il put ainsi arriver à marcher sans bottine spéciale et sans presque de boiterie, sauf un peu de rotation en dehors ; il faisait même de la bicyclette et c'est au cours d'une promenade, qu'au mois de septembre 1903, il fit une chute sur le genou gauche.

Il ressentit immédiatement une vive douleur s'irradiant du genou à la hanche et ne put ni se relever, ni marcher. Transporté chez lui, un médecin appelé constata un léger degré de contusion du genou avec épanchement de synovie, mais rien, paraît-il, du côté de la hanche.

Il ordonna le repos au lit, trois semaines environ. A cette époque, comme l'enfant essayait de marcher, on s'aperçut qu'il boitait de plus en plus et que la déformation de la hanche s'accentuait. Néanmoins, avec beaucoup de patience et de volonté, il put arriver à faire environ trois kilomètres deux fois par jour pour aller à l'école, mais en ressentant beaucoup de fatigue, éprouvant, quand il s'arrêtait un instant, beaucoup de peine pour reprendre sa marche ; de plus il lui était impossible de se coucher sur le côté gauche car il éprouvait de vives douleurs dans la hanche.

C'est dans ces conditions qu'il se présente à l'hôpital Saint-Sauveur.

Etat actuel. — Les photographies ci-jointes sont excessivement instructives et montrent nettement la déformation de la hanche, caractérisée chez cet enfant par une saillie considérable du trochanter gauche, avec rotation en dehors de tout le membre inférieur, le pied gauche étant perpendiculaire à l'axe du pied droit et ne reposant que sur l'extrémité des orteils. En analysant d'un peu plus près les symptômes, on constate que le bassin est incliné, la crête iliaque gauche est plus élevée que du côté droit ; le trochanter gauche est distant de l'épine iliaque antéro-supérieure de six centimètres, tandis que le droit en est éloigné de neuf. La saillie qu'il forme en dehors est très volumineuse, comme on peut le constater sur la photographie, bien au-dessus de la ligne Roser-Nélation. Nous avons dit quel était le degré de rotation en dehors, qui place le pied gauche presqu'à angle droit avec le pied droit. Il y a de plus un peu d'abduction. L'abduction est impossible, la flexion assez facile.

Pour que l'enfant repose sur les deux plantes des pieds, il lui faut placer sous son pied gauche une cale de quatre centimètres d'épaisseur ou bien il est forcé de fléchir assez fortement la cuisse droite.

En réalité les mensurations donnent : De l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe : à droite soixante-quinze centimètres, à gauche soixante-douze.

Sommet du trochanter à la malléole externe : à droite soixante-sept centimètres, à gauche soixante-sept.

De l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la rotule ; à droite quarante-quatre centimètres, à gauche quarante-un.

Donc il y a raccourcissement réel du membre gauche, le raccourcissement étant dû, comme on le voit, à une lésion portant sur le col. Si nous cherchons l'atrophie musculaire, nous trouvons qu'elle est peu considérable ; un centimètre et demi à peine. Ceci dû à ce que l'enfant a continuellement été massé avec le plus grand soin et qu'il fait de l'exercice.

Les mouvements de flexion et d'extension se font presque normalement, les mouvements d'abduction, par contre, sont très limités. Il n'y a pas de douleurs à la palpation ni à la percussion de la région coxale







Avant l'opération

gauche. L'enfant marche en traînant la jambe, reposant la pointe du pied tournée en dehors.

L'état de santé générale est excellent, tous les organes sont intacts ; les réflexes rotuliens et plantaires gauches paraissent plus accentués qu'à droite.

La radiographie faite dans le service du Professeur Charmeil démontre une fracture du col, tout près du trochanter, et des plus nettes. Cette radiographie confirme le diagnostic de coxa vara traumatique, que l'examen et l'histoire du malade avaient fait poser déjà. Mais en plus il paraît exister aussi à l'union de la tête et du col une encoche avec un certain degré de courbure du col et qui pourrait bien être un décollement épiphysaire, probablement contemporain du premier traumatisme, le second ne paraissant avoir eu d'action que sur la fracture du col proprement dite, soit en contusionnant un cal peu solide, soit en amenant de nouveau une disjonction osseuse. Il existe sur le bord de la cavité cotyloïde quelques saillies





Après l'opération

osseuses, probablement des ostéophytes. Monsieur le Professeur DUBAR voulut bien voir le malade et avec sa haute compétence confirma le diagnostic.

Intervention le 24 avril 1904. Incision sur le trochanter saillant, un peu sur sa face postérieure, remontant en haut vers la crête iliaque et en bas descendant le long du fémur sur une longueur totale de dix centimètres.

Incision de l'aponévrose très épaissie, on arrive assez facilement sur le col qui est très superficiel. L'on dénude avec soin tout le pourtour du col et l'on vérifie facilement l'existence de la fracture. Il y a là un gros cal. L'on constate aussi qu'après la fracture, il y a eu une rotation du membre en dehors, qui fait que le col s'est soudé au trochanter en un point situé au niveau de son bord postérieur, près de son sommet, et l'on trouve alors, en avant, le reste du col fracturé, implantation du col normal Nous nous décidons à pratiquer une ostéotomie du col, qui nous permettra, en quelque sorte, de reconstituer la fracture comme au moment de sa production, et, par conséquent d'agir sur sa rotation en dehors et le raccourcissement. Ce temps opératoire est facilité par la position assez superficielle du col. Pour vaincre la rotation en dehors, nous sommes forcés de débrider largement en arrière, au niveau des insertions trochantériennes. les muscles fessiers rétractés, puis il est aisé d'amener le col fixé dans un davier de Farabeuf, au niveau de son implantation première sur le fémur que l'on a préalablement avivé avec soin. Pendant tout ce temps un aide pratique sur le pied une extension sérieuse, et l'on constate déjà la descente du fémur.

Un gros fil d'argent, passé à travers col et trochanter, fixe bien en place les deux surfaces avivées. Un petit drain est placé en arrière, au niveau du col, et on termine par l'hémostase et la suture soignée au crin de Florence. Le malade est immédiatement soumis au régime de l'extension continue avec 5 kilog. et l'on peut s'assurer de suite combien le raccourcissement a diminué ; à peine un centimètre. La position de la jambe est excellente et la saillie de la hanche fortement diminuée.

La guérison se fit sans complication d'aucune sorte. Le fil d'argent ayant cassé au vingtième jour, dans un effort du malade, fut retiré assez facilement, sans dommage aucun pour le patient. L'extension fut continuée pendant six semaines, mais depuis le douzième jour le malade était régulièrement soumis tous les jours à du massage et à de l'électrisation ; au bout de six semaines il commença à poser le pied à terre et, doué d'une dose d'énergie considérable, se remit vite à marcher avec béquilles d'abord, puis une canne, ce qui fait qu'au bout de la neuvième semaine il pouvait sans douleurs, effectuer le trajet de près d'un kilomètre qui sépare l'hôpital de la salle des séances de la Société de Médecine, où il fut présenté dans l'état que montre la photographie annexée à cette observation. Avec une semelle un peu plus haute, il a corrigé le raccourcissement de un centimètre qu'il présente, il ne boite pas, s'assied facilement, se relève de même, sans douleur. On peut le considérer comme guéri.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 23 Décembre 1904

Présidence de M. SURMONT, vice-président

Urémie à forme nerveuse traitée par la ponction lombaire

MM. **Breton** et **Vansteenberghe** font, sous ce titre, une communication qui *sera publiée.*

M. **Surmont** rappelle que M. CHAUFFARD a publié récemment de nouveaux cas de ce genre. D'autres auteurs viennent également d'attirer l'attention sur les effets de la ponction dans l'amaurose des saturnins et des femmes enceintes. Ici, les résultats heureux sont indéniables ; mais à quoi les attribuer ? Il est en réalité fort difficile d'apprécier la toxicité d'un liquide. Autant que possible, on doit se placer dans des conditions identiques à celles qui se présentent en clinique. On ne suit pas cette règle lorsqu'on injecte les liquides en pleine substance cérébrale. DOPTER a étudié la toxicité des liquides en les injectant à petites doses dans le liquide céphalo-rachidien et après avoir soustrait au préalable une quantité équivalente de ce liquide. Il a trouvé ainsi des lésions des cellules cérébrales dans tous les cas.

Le cerveau est très tolérant pour les injections pratiquées directement dans sa substance : témoin les injections de sérum antitétanique. Mieux vaudrait donc les faire dans l'espace sous-arachnoïdien.

On peut penser qu'une partie des accidents dépend de l'osmo-nocivité. ACHARD et PAISSEAU ont vu qu'il suffit d'injecter du sel à un pneumonique pour amener ces accidents, mais, d'autre part, on les obtient aussi par la cure de déchloruration. Or, dans ce dernier cas, on est loin de l'hypertonicité.

Quand les liquides de l'économie varient de tension, il y a des échanges moléculaires qui ne portent pas uniquement sur le sel. Si dans ces liquides se trouvent des substances toxiques, les cellules qui en sont plus imprégnées au moment des changements de tension peuvent réagir. Il n'est du reste nullement démontré que la rétention chlorurée soit toujours fâcheuse. Le sel est antiseptique ; la conservation des viandes par salaison est une application de ce fait. Le sel est antitoxique. RICHET et LESNÉ ont démontré l'atténuation des poisons qu'on mélange à du chlorure de sodium.

M. **Breton** dit que dans son cas, le liquide était isotonique par rapport au sang et qu'ainsi les effets de l'osmose ne pouvaient se produire.

M. **Surmont** répond que la soustraction du liquide par ponction amène forcément un courant vers ce liquide pour rétablir sa quantité antérieure.

M. **Breton** fait remarquer que, dans ces conditions on ne peut plus alors invoquer la décompression pour expliquer l'amélioration, puisque le liquide reprend sa quantité antérieure.

M. **Surmont** dit que nous connaissons trop peu le mécanisme de cette amélioration pour pouvoir rejeter l'hypothèse de la décompression.

M. **Combemale** est frappé de la présence de la graisse dans le liquide ainsi que de la lipurie. La désintégration des graisses donne de l'acide glycuronique qui est toxique : c'est peut-être cet acide qu'on devrait incriminer sur ce cas.

M. **Breton** dit qu'il y a toujours des traces de graisse à l'état normal dans le liquide céphalo-rachidien.

Hématosalpinx

M. **Descarpentries**, interne des hôpitaux, présente un utérus et ses annexes enlevés dans le service de M. Folet par M. Oui. La trompe gauche est atteinte de salpingite chronique, la trompe droite d'hématosalpinx.

A l'examen microscopique M. Curtis a trouvé dans le caillot des villosités choriales : de plus la muqueuse salpingienne enchâsse le placenta en lui formant une sorte de caduque. La muqueuse utérine est absolument normale : malgré cette particularité la grossesse intratubaire est certaine.

Au point de vue clinique la femme accusait des douleurs du côté droit depuis 3 mois, avec de temps à autre de petites hémorragies ; ses règles étaient allongées ; jamais elle n'a perdu de morceau de membrane pouvant faire croire à une caduque Remarquons que depuis 2 ans elle souffre d'une salpingite à gauche et qu'elle a subi un curettage il y a 5 ans ; à l'examen on avait pensé d'abord à une tumeur fibreuse quand, dans un toucher au commencement de l'anesthésie, pour l'intervention, M. le professeur Oui sentit la tumeur éclater sous son doigt : l'opération montra un hématosalpinx. En outre on trouvait dans le cul-de-sac de Douglas quelques vieux caillots des adhérences multiples et résistantes. On trouva en outre deux kystes séreux para-tubaires. Les adhérences très serrées des annexes des deux côtés nécessitèrent pour la castration totale l'hémisection de l'utérus.

M **Oui**. — Les adhérences étaient telles qu'il a fallu faire la castration totale par le procédé de l'hémisection de Faure.

En ce qui concerne l'état de la muqueuse, on ignore si l'hématosalpinx n'était pas ancienne, ce qui aurait permis à la muqueuse de reprendre son aspect normal.

Trachéotomie pour tuberculose laryngée

M. **L. Jullen**, de Tourcoing. — M. Gaudier a publié dans l'*Écho médical du Nord*, du 12 juin 1904, un article sur « la trachéotomie au cours de la tuberculose du larynx ». M. Gaudier a eu l'occasion de pratiquer sept fois en trois années la trachéotomie pour tuberculose du larynx et il montre les indications et les avantages de cette intervention.

Tout récemment, dans la « *Presse médicale* » du 3 décembre 1904, a paru une note de Lermoyez sur « les deux indications de la trachéotomie dans la tuberculose laryngée », c'est-à-dire la dyspnée et la dysphagie.

« La phtisie laryngée, dit-il, applique aux malheureux qu'elle condamne à mort deux peines également réglementaires : elle les fait périr brusquement étouffés, ou elle les laisse lentement mourir de faim ».

Lermoyez insiste également sur les avantages de la trachéotomie dans ces deux cas.

J'ai eu moi-même l'occasion de pratiquer la trachéotomie pour tuberculose du larynx, il y a environ neuf mois, chez une femme de 53 ans qui vit toujours.

Je désire rapporter succinctement son observation à la Société comme contribution à l'étude de ce sujet.

C'est le 15 mars 1904, que j'ai trachéotomisé cette malade. Six mois auparavant elle était sortie de mon service après un séjour de dix mois.

Examinée à cette époque, elle présentait de la tuberculose laryngée au début, voix voilée, larynx un peu gros et douloureux, etc... Elle s'alimentait alors facilement.

Elle avait quelques crachements de sang, mais l'auscultation ne révélait pas de lésions pulmonaires nettes.

Je la soumis simplement à un traitement reconstituant et elle quitta l'hôpital en bon état.

Quand elle revint en mars dernier le tableau symptomatique était complètement changé. Elle était en proie à des phénomènes dyspnéiques tellement intenses qu'elle était à tout moment menacée de s'étouffer. Il y avait du cornage violent.

La dysphagie était tellement accusée que la moindre goutte de liquide absorbée provoquait des accès de toux et de suffocation.

Le sommeil était impossible, la malade était forcée de s'asseoir sur son lit, et même par moments de se lever pour ne pas s'asphyxier. Localement, le larynx était tuméfié, toute la région était œdématiée.

Dans ces conditions, il n'y avait pas à hésiter ; la vie de la malade étant menacée, la trachéotomie s'imposait.

Dès le soir même de l'opération, il y avait une amélioration très grande ; la dyspnée avait cessé, la respiration était calme et la malade pouvait avaler du lait. La nuit fut très bonne, et le lendemain la malade mangeait de la viande crue.

Quelques jours après elle s'alimentait comme les autres malades du service, — et se promenait toute la journée. — Depuis elle a eu une existence très supportable.

Comme traitement local, elle fait elle-même chaque jour, à travers sa canule, des pulvérisations d'eau oxygénée tiédie et des inhalations de vapeurs balsamiques.

Le larynx est très diminué de volume.

Cependant, depuis quelques mois, la malade s'affaiblit et se cachectise ; l'appétit diminue, bien qu'elle absorbe des œufs et quelquefois même de la viande.

A l'auscultation, les lésions pulmonaires sont appréciables. On constate de la matité du sommet droit, de la matité du sommet et de la partie moyenne du poumon gauche, — à gauche des craquements fins ; à droite, de la respiration rude.

Il n'en est pas moins vrai que la trachéotomie a été une opération très favorable dans le cas que je viens de relater et qu'il ne semble pas qu'on puisse l'accuser, comme on le fait quelquefois, d'avoir une part dans l'évolution des lésions pulmonaires qui devaient exister en même temps que les lésions laryngées.

N. B. — Cette malade a succombé il y a quelques jours, à la suite des progrès de la cachexie.

L'examen du larynx révéla surtout des lésions d'infiltration tuberculeuse.

Poliomyélite antérieure chez une enfant

MM. **Lefort, Bachmann** et **Cleren** présentent l'observation et les photographies d'une fillette atteinte d'une paralysie infantile intéressante par son intensité et l'étendue des amyotrophies (*sera publié in extenso*).

M. **Bédart** pense que les vastes externes sont conservés, d'après l'aspect que donnent les photographies.

M. **Ausset** croit qu'il ne s'agit pas d'une paralysie infantile, mais d'une amyotrophie.

M. **Ingelrans** dit qu'après lecture de l'observation et examen des photographies, on ne peut penser qu'à la paralysie infantile ou à la poliomyélite antérieure chronique. Cette dernière est rare chez l'enfant, mais elle existe : elle a été décrite par WERDNIG en 1891 et par HOFFMANN en 1893. Il y a huit jours, M. COMBY en a présenté un cas à la Société médicale des hôpitaux de Paris. Le diagnostic d'avec la paralysie infantile se fait surtout à l'aide des caractères évolutifs.

La paralysie infantile est aiguë ; elle frappe d'un seul coup tous les muscles qu'elle doit paralyser et atrophier, elle n'est pas progressive et l'amyotrophie y est postérieure à la paralysie. Dans la poliomyélite antérieure chronique, l'atrophie précède la paralysie, les muscles étant paralysés au prorata seulement de leur atrophie ; la maladie est progressive et chronique ; la réaction de dégénérescence n'est complète que lorsque toutes les fibres sont détruites. Si cette enfant a été paralysée et atrophiée en quelques semaines ou en deux à trois mois, c'est une paralysie infantile. Si elle a une affection progressive avec amyotrophie commandant la paralysie, c'est un WERDNIG-HOFFMANN.

Orchite intra-abdominale d'une cryptorchide prise pour une appendicite

M. **Descarpentries**. — Le 4 octobre 1904 entre dans le service de M. le professeur CARLIER, un enfant, B.. Adolphe, demeurant rue Kellermann, 15, âgé de 11 ans, pour y être opéré d'hypospadias périnéo-scrotal. Son testicule droit est en ectopie abdominale, on ne le sent pas au canal inguinal ; le gauche est normal. Le 11 octobre on lui fait une méthroplastie de la portion pénienne de l'urèthre, remettant à une séance ultérieure l'abouchement du canal néoformé à la portion membraneuse. Pour que l'urine ne souille pas le pansement, on lui introduit par le méat périnéal une sonde à demeure. Tout semble se passer pour le mieux, la température axillaire ne dépasse pas le soir 37°5. et le 17, la plaie s'étant réunie par première intention, on lui enlève sa sonde. La température a une tendance à s'élever ; lorsque le samedi 22, dans la soirée, l'enfant ressent dans la fosse iliaque droite une violente douleur ; cette douleur, qu'exaspère la palpation, a son summum nettement localisé au point de Mac Burney. On constate également de la défense musculaire à ce niveau ; le ventre n'est pas ballonné, la température est à 37°9, l'enfant a lâché dans la soirée quelques gaz, il n'a pas eu de selles depuis deux jours : On pense à une appendicite et on le met à la diète lactée avec glace sur le ventre. Le lendemain 23, mêmes symptômes, même traitement. Le malade est transporté dans le service de M. le professeur FOLET. Le 24, le malade a un faciès grippé, la nuit il eut du délire, le ventre est tendu, ballonné, très douloureux au moindre frôlement avec maximum au point de Mac Burney. Le pouls est petit, filiforme, à 120. Le thermomètre marque 9°8 comme température axillaire; l'enfant a eu quelques nausées: M. FOLET décide et pratique une intervention. Après chloroformisation, la peau et les différents plans sont incisés suivant la méthode de Roux : l'appendice est facilement trouvé : il est libre, sans aucune adhérence, peut-être semble-t-il un peu hyperémié. On recherche l'orifice interne du canal inguinal, le testicule ectopié ne s'y trouve pas : toute la région paraît saine, sans aucun signe de péritonite : dans le doute, l'appendice est réséqué. La paroi est refermée, par mesure de prudence on laisse un petit drain et l'on fait le pansement. A la coupe l'appendice paraît tout à fait normal, pas de corps étranger dans son intérieur, pas de cavité close, pas d'ulcération, pas de signes d'inflammation.

Le soir le malade semble mieux, les symptômes péritonéaux sont calmés, et quoique la température soit encore à 40°, tout danger semble disparu. Le lendemain 37° de

température, l'enfant va très bien, il a eu de nombreux gaz, le ventre est encore sensible mais le ballonnement a complètement cessé. Les suites de l'opération sont bonnes : la température oscille pendant quelques jours, pour revenir à la normale le 3 novembre. Le 6 novembre l'enfant se plaint de douleurs dans le testicule droit, et l'on trouve la grosse lèvre représentant la moitié droite des bourses rouge rosée, œdématiée. Le testicule est très douloureux au moindre contact : le malade fait de l'orchite aiguë dont on ne peut trouver l'origine que dans une infection ascendante partie de l'urèthre contus ; traitement : compresses résolutives avec décoction de guimauve-pavot. La douleur se calme peu à peu ; après quelques oscillations, la température revient à la normale et le 10 novembre tout est rentré dans l'ordre.

Cette observation est intéressante, tant par les différents diagnostics qui ont pu être posés que par la marche de l'infection. Il est très probable que l'on s'est trouvé en présence d'une orchite double à bascule frappant d'abord le testicule ectopié, puis le testicule normal. La sonde à demeure qui fut placée lors de la première intervention a causé une certaine irritation, un certain traumatisme de l'urèthre membraneux qui, débouchant au périnée où le voisinage de l'anus rend l'asepsie si difficile à réaliser, n'a pas tardé à l'infecter : de là l'infection a gagné d'abord le testicule en ectopie. Celui-ci n'est pas à l'abri des infections et, s'il faut en croire Ledouble (De l'épididymite blennorhagique dans le cas d'anomalies ou d'affections de l'appareil génital), il y serait particulièrement exposé. Il serait même toujours le premier atteint. Cette orchite d'un testicule droit en ectopie lombo-iliaque, variété très rare du reste, ressembla à une appendicite : bien plus, créant autour d'elle cet ensemble de troubles réflexes connu sous le nom de péritonienne, elle donna si bien le change que l'on crut à une appendicite suraiguë, perforante; puis, après résection de l'appendice et examen de la pièce, à une appendicite avec péritonisme hystérique (Talamon, *Soc. méd. des hôpitaux*, mars 1897), à l'appendicite fantôme de Brissaud et Rendu.

L'opération servit de révulsion et amena la cessation des accidents : du reste, ce genre d'orchite, après un début insidieux, a généralement un summum de développement rapide mais très court (Pilven, Thèse de Paris, 1884. De l'orchite à la suite du passage d'instruments dans l'urèthre), quoique pouvant parfois amener la formation d'abcès péri-testiculaires et de péritonite vraie. (Cas de Von Flammeerdine de Francfort signalé in Le Dentu et Delbet.) Le diagnostic en est très difficile et, dans le cas présent, ce fut l'orchite survenant deux jours après la fin des premiers accidents dans le testicule descendu qui permit d'y songer et de faire ainsi un diagnostic rétrospectif.

M. **Charmeil** rappelle que lorsqu'un testicule, en ectopie dans le canal inguinal vient à s'enflammer, on croit le plus souvent à l'existence d'un étranglement herniaire.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De l'estimation pécuniaire des douleurs d'un blessé d'après un arrêt du Parlement de Tournay, du 15 mars 1696

Dans le *Recueil d'arrêts notables du Parlement de Tournay*, par Messire Mathieu Pinault (à Valenciennes, chez Gabriel-François Henry, *imprimeur du Roy*, sur le pont Néron, M. DCCII, T. I, p. 262), se trouve la décision suivante :

« Les douleurs d'un blessé doivent s'estimer quelque chose et même beaucoup, s'il y a du danger dans les blessures, lorsqu'on taxe les dommages et intérêts adjugés aux blessés.

Nous le préjugeâmes ainsi en la deuxième chambre, le 15 mars 1696, au profit d'Agnès Rombault, veuve de Jean Moreau, demeurante à Valenciennes, appelante, contre Pierre de Lattre, marchand, demeurant audit lieu, intimé.

Le fils dudit de Lattre ayant été condamné aux dépens, dommages et intérêts par sentence du magistrat de Valenciennes, du 9 octobre 1693, confirmée par arrêt rendu à mon rapport le 26 novembre 1694, pour avoir blessé à la tête le fils de ladite Rombault de deux coups d'épée jusqu'à l'os découvert : ladite veuve avait demandé par son libellé soixante jours, que son fils avait été obligé de garder le lit et la chambre sans travailler, à raison de 5 florins par jour y compris les douleurs des blessures, s'en remettant cependant à l'arbitrage du Juge suivant les Chartes du Haynaut, Chap. 21, art. 1, et conformément au Décret des Archiducs du mois de mars 1601, art. 7. Sur quoi le Juge, par sentence du 5 août 1695, lui avait seulement adjugé quarante patars (*patard*, monnaie d'argent frappée en Flandre, où elle avait cours pour 2 gros de Flandre, mais dont le cours diminua au point qu'au XVIIe siècle, ce n'était plus qu'une monnaie de cuivre) par jour pendant trois semaines, dont elle avait appelé, disant que son fils ayant été blessé à la tête n'avait pu sans danger sortir de la chambre avant 40 jours, et qu'il lui avait fallu quelques jours après pour se remettre, avant de pouvoir travailler. Que ses journées seules ne pouvaient pas être taxées à moins de 40 patars, sans y comprendre les douleurs. Qu'il n'y avait point de misérable qui voulût s'exposer à de pareilles douleurs avec danger de sa vie pour trois florins par jour.

La Cour, ouï le rapport de M. de Buissy, a mis l'appellation et sentence au néant, émendant a condamné l'intimé de payer au fils de ladite Moreau la somme de 120 florins pour 40 journées, à trois florins par jour, y compris les douleurs, et aux dépens ».

J. J.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Auto-exérèse de la langue

En lisant le curieux travail du docteur SOLLAUD, inséré dans le dernier numéro du *Centre Médical* sur le suicide en Annam, je me suis souvenu de notes prises jadis dans mes lectures et parmi lesquelles j'ai trouvé les deux faits suivants inscrits sous le titre : *Peut-on couper* ou mieux *amputer sa langue avec ses propres dents ?*

Ces deux faits sont empruntés à un petit volume intitulé : *L'Esprit de Guy Patin* (1). Le premier a pour auteur le philosophe grec ANAXARQUE, celui-là même qui avait détourné ALEXANDRE LE GRAND de la folle pensée qu'il avait de se faire appeler Dieu. Un jour que le philosophe « était à la table de ce roy, qui lui demandait ce qu'il disait du repas, il lui répondit *qu'il n'y aurait rien à souhaiter si l'on avait servi la tête d'un certain grand seigneur*, en même temps il regarda NICOCRÉON, tyran de Cypre, son ennemi. Ce dernier en fut tellement offensé qu'après la mort d'ALEXANDRE il le fit piler dans un mortier avec des marteaux de fer. Le philosophe intrépide bravait la cruauté du tyran, et comme NICOCRÉON le menaçait de lui couper la langue, *je t'en empêcherai bien, efféminé jeune homme*, répondit ANAXARQUE et, en effet, l'ayant coupée avec ses dents et tournée quelque temps dans sa bouche, il la jeta contre le visage du tyran, qui en écuma de colère.

« Il faut avouer que la philosophie a quelquefois affecté des constances aussi rares que la religion est capable de produire ».

Le deuxième fait a eu pour héroïne une courtisane. Laissons parler l'auteur de l'*Esprit de Guy Patin* (p. 421) :

« LÉONE, courtisane d'Athènes, vivait en la soixante-sixième olympiade ; elle sçut la conspiration d'Harmodius et d'Aristogiton, de la famille d'Alcméon, opposée à celle de Pisistrate. Cependant elle aima mieux se couper la langue avec les dents que de découvrir les coupables ; les Athéniens élevèrent en son honneur une lionne sans langue. »

(*Centre Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par décret du 27 décembre 1904, M. le docteur OUI, agrégé des facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire d'accouchement et enseignement théorique des élèves sages-femmes, est nommé professeur adjoint.

Chacun des collaborateurs de l'*Echo médical du Nord* a apporté à notre cher collègue ses félicitations pour cette flatteuse marque d'estime et pour cette appréciation officielle de l'enseignement qu'il a donné pendant neuf ans à notre Faculté.

Le Conseil supérieur de l'Instruction Publique, en faisant de M. OUI le second professeur adjoint des facultés de médecine, ne paraît avoir tenu compte dans sa décision que de la personnalité, de son zèle sans éclipse pour tout ce qui touche à l'enseignement et à l'Université, et n'a pas tranché de question de principes, quoi qu'on en ait dit. Il ne nous est que plus agréable à l'*Echo médical du Nord*, dont M. OUI fut et est resté depuis huit ans un ouvrier d'autant plus habile qu'il a été discret, de lui adresser nos compliments sincères pour la nomination dont il a été l'objet.

— Parmi les **distinctions honorifiques** décernées à l'occasion du 1er janvier, il convient de relever les suivantes qui intéressent notre région :

Dans la **Légion d'honneur** : le professeur BAUDRY, professeur de clinique ophtalmologique, a été fait *chevalier* ; l'*Echo médical du Nord* s'associe aux félicitations méritées qui ont été adressées à ce collègue ; de même le docteur MÉNARD, de Berck-sur-Mer, à qui vont les particulières félicitations des collaborateurs de ce journal.

La rosette de l'**Instruction publique** a été donnée à MM. les docteurs CARPENTIER, de Lille ; DUBAR, d'Armentières.

Les **palmes académiques** : à MM. les docteurs BOURGAIN, de Boulogne-sur-Mer ; DEBU, de Cambrai ; DHÔTEL, de Poix (Ardennes) ; MARSAT, de Béthune ; VERMERSCH, de Lille ; DE LAUWEREYNS DE ROSENDAEL, de Valenciennes ; FROIDURE, d'Amiens ; DHAUSSY, de Maing ; DEMAILLY, d'Ervilliers.

La *médaille d'honneur* (bronze) aux médecins du service des enfants assistés de la Seine, a été attribuée à MM. les docteurs DEWAILLY, de Nouvion-en-Ponthieu ; FICHAUX, de Croisilles.

Nous adressons à chacun de ces confrères nos meilleures félicitations.

UNIVERSITÉS

Lyon. — M. le docteur NICOLAS, agrégé des facultés de médecine, est chargé du 22 novembre 1904 au 31 octobre 1905, d'un cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques pendant l'absence de M. AUGAGNEUR, député.

— Un congé d'un an, à dater du 1er janvier 1905, est accordé sur sa demande, à M. le docteur BARD, professeur de clinique médicale.

— M. le docteur ROLLET, agrégé des Faculté de médecine, est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

Poitiers. — M. le docteur DELAUNAY, professeur de physiologie, est nommé directeur pour trois ans, à dater du 15 février 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — Après trois tours de scrutin,

(1) In-12, Amsterdam, 1713, p. 386. Ce livre est attribué par les uns L. Bordelon, par d'autres à Antoine Lancelot.

M. le docteur CHAMBERLAND a été élu associé libre de la section de médecine.

Société de biologie. — M. le docteur GIARD est élu pour cinq ans président, en remplacement de M. le professeur MARCY, décédé.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont nommés *Officiers* : MM. les médecins principaux de 1re classe ANTONY, professeur à l'école d'application du service de santé ; AUDET, médecin chef de l'hôpital de Rennes ; MARESCHAL, médecin chef d'état-major du gouvernement de Paris ; le médecin principal de 2e classe GOUELL ; le médecin-major de 1re classe FOLIE-DESJARDINS, du 12e d'artillerie ; LEBLANC, médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale ; BÉLIÈRE, de Paris ; FAISANS, BABINSKI, FÉLIZET, médecins des hôpitaux de Paris ; *Chevaliers* : MM. les docteurs BAUDRY, principal de 2e classe de l'armée territoriale ; BERNARD, DUVAU, WICKERSHEIMER, majors de 1re classe de l'armée territoriale ; LORÉMY, aide-major de 1re classe de l'armée territoriale ; BASSÈRES, FARGIN, JAUBERT, MARTIN, SUDRE, THIRION et VILLIERS, médecins-majors de 1re classe de l'armée active ; DORMAND et PELEGRY, médecins-majors de 2e classe de l'armée active ; PALLIER, médecin de la marine en retraite ; PETIT, de Paris ; RÉTALI, de Sannois (Seine-et-Oise) ; GUGLIELMINETTI, BOURQUELOT, BAUDOUIN (Georges), de Paris ; RIVET, de Vence (Alpes-Maritimes) ; BARRET, médecin en chef de la marine ; SALATHÉ ; HISCHMANN, HUDELO, JAYLE, médecins des hôpitaux de Paris ; BEAUSSENAT, ARCHAMBAUD, MAHU, de Paris ; MERCIER, de Montluçon (Allier) ; BOMPAYRE, de Millaud (Aveyron) ; MÉNARD, de Berck-sur-Mer ; DERECQUE, d'Ormesson (Seine-et-Oise) ; LAMY, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales.

Instruction publique. — Ont été nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs BARBARY, de Nice (Alpes-Maritimes) ; BESSOT, de Bourges (Cher) ; BIANTE, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Nantes (Loire-Inférieure) ; BOSSUET, de Margaux (Gironde) ; BOUCHON, de Toul (Meurthe-et-Moselle) ; BOULLAND, directeur du bureau d'hygiède de Limoges (Haute-Vienne) ; BOURRAS, de Pompignac (Gard) ; BRAINE, de Paris ; CANOLLE, médecin en chef du Sénat ; CARPENTIER, de Lille ; CHAUVEAU, de Paris ; CHEVALLIER, de Segré (Maine-et-Loire) ; CHEVASSU, sous-directeur de l'école militaire de Lyon ; CLARET, de Gagny (Seine-et-Oise) ; COLOMBEL, de Paris ; CORNET, de Saintes (Charente-Inférieure) ; COUTRAY DE PRADEL, de Paris ; DARRAS, de Paris ; DESTREM, de Paris ; DUBAR, de l'école professionnelle d'Armentières (Nord) ; DUPAIN, de l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine) ; DUSSAC, de Saint-André (Eure) ; FOUCHER, de Chinon (Indre-et-Loire) ; GENTOU, à Issoire (Puy-de-Dôme) ; GÉNY, de Paris ; GESLAN, de GIANNETTE, de Paris ; GROS, d'Apt (Vaucluse) ; GAPIN, de Paris ; JOANNY, de Pleaux (Cantal) ; GOULIARD, de Paris ; JULLIEN, de Paris ; LAPLANE, de Marseille ; LATASLI, de Souprosse (Landes) ; LEMASSON, de Saint-Jean-de-Bruel (Aveyron) ; LEPRINCE, de Paris ; NASS, de Vincennes (Seine) ; O'FOLLOWELL, de Paris ; PELTIER, de Paris ; PERIÉS, de Montauban ; PESCHAUD, de Murat (Cantal) ; PESSEZ, de Paris ; PONS, d'Ille-sur-Têt (Pyrénées-Orientales) ; POTTIER, de Paris ; RAMADIER, de Rodez ; RICHER, professeur à l'école des beaux-arts de Paris ; SAQUET, de Paris ; SCHRAMECK, de Paris ; TARCEL, d'Issy-les-Moulineaux ; TISSIER, de Paris ; VERCOUSTE, de Paris ; VIMOUL, de Paris ; WILLETTE, de Paris.

Notre Carnet

Le docteur Clément HURIEZ, de Tourcoing, nous fait part de la naissance de son fils CLÉMENT. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs PIERRE, de Petit-Quevilly (Seine-Inférieure) ; MILLET-LACOMBE, de Miallet (Dordogne).

FOUQUET, de Saint-Amand-les-Eaux, emporté à 28 ans par un mal implacable ; AUCLAIR, de Roubaix, quatorzième victime de la catastrophe survenue le 23 décembre 1904 à la gare du Nord de Paris. Nous adressons à sa famille, particulièrement au docteur BLONDEL, de Raismes, dont il avait épousé la fille, l'expression de nos bien vives condoléances.

DELABARRE, interne de l'hôpital civil de Mustapha (Alger).

OUVRAGES REÇUS

Contribution à l'étude de l'épuration des eaux résiduaires des villes et des industries, par le docteur A. CALMETTE, extrait des *Annales de l'Institut Pasteur*, août 1904.

— **Sur les conditions de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone**, par le docteur SAMBUC, Lyon, *Storck*, 1905.

N° 418. Neuvième Année. N° 3 Le Numéro : 10 centimes 15 Janvier 1905

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Méningite séreuse à rechutes. Présence du méningocoque dans le liquide céphalo-rachidien sans réaction méningée,

par MM.

J. Patoir professeur-agrégé et **M. Dehon** aide-préparateur

à la Faculté de médecine.

Depuis que la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien sont entrés dans les habitudes de la clinique, on s'est aperçu que la guérison de la méningite bactérienne, qu'on croyait tout à fait exceptionnelle, s'observait assez fréquemment. C'est ainsi que, depuis quelques années, ont été mis au jour une série de types de méningite aiguë sous les noms de formes frustes, arbortives, atténuées, ambulatoires à rechutes, etc... (1), qui ont pour caractère commun d'être généralement curables.

L'observation qui suit rentre dans le cadre des méningites à rechutes. Elle offre surtout, au point de vue de la composition du liquide céphalo-rachidien, des particularités intéressantes. C'est à ce titre que nous la publions.

OBSERVATION recueillie par M. G. PETIT, interne des hôpitaux. — La nommée Angèle M..., trente-cinq ans, est entrée une première fois à l'hôpital Saint-Sauveur dans le service de médecine, le 31 mai 1904. Elle ne paraît pas, pendant un premier séjour qui dura jusqu'au premier juin, avoir présenté d'accidents bien caractérisés. En tous cas, elle n'eut rien de grave et fut considérée comme une femme fatiguée et en état de misère physiologique.

Elle rentre à nouveau dans le service, le 30 juillet 1904, pour de la courbature et des douleurs vagues le long de ses nerfs. Elle a l'aspect fatigué, abattu et elle présente un peu de torpeur.

Antécédents héréditaires : père mort de variole hémorragique ; mère morte d'un cancer de l'utérus ; quatre frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels : élevée au biberon, elle a la rougeole à trois ans ; à neuf ans, fièvre typhoïde qui dure deux mois et demi ; elle est réglée à quinze ans sans incident notable. A vingt-deux ans, elle tousse, maigrit et présente quelques hémoptysies légères ; elle se trouve en mauvais état pendant cinq ou six mois, puis guérit petit à petit et complètement.

(1) SICARD. De la forme ambulatoire des méningites bactériennes. Cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien. *Presse méd.*, 1901. 2me semestre, p. 58.

SICARD et BRECY. Méningite cérébro-spinale ambulatoire curable. Cytologie du liquide céphalo-rachidien. *Soc. méd. des hôpit.*, 19 avril 1901.

LABBÉ et CASTAIGNE. Examen du liquide céphalo-rachidien dans deux cas de méningite cérébro-spinale terminés par guérison. *Soc. méd. des hôpit.*, 29 mars 1901.

Voir également : même année de la *Soc. méd. des hôpit.* les cas de RENDU, d'APPERT et GRIFFON. GRIFFON et GANDY ; LAUNOIS et CAMUS. Consulter aussi *Soc. méd. des hôpit.* de 1900 à nos jours, *Soc. de Pédiâtrie* et *Revue de Neurologie* : mêmes années.

Mariée à dix-neuf ans à un homme bien portant, elle a eu sept grossesses ; cinq enfants sont vivants et tous bien portants. Sa première et sa troisième grossesse se sont terminées par des pertes ; l'une à six semaines, l'autre à trois mois. L'aîné des enfants vivants, venu entre ces deux pertes, ne présente aucun stigmate d'hérédo-syphilis, pas plus que les autres. Au surplus, la malade affirme que ni elle ni son mari, n'ont présente aucune trace de syphilis et et elle n'en a aucun signe à l'heure actuelle.

Abandonné par son mari, lors de son dernier accouchement, il y a un peu plus de trois ans, restée seule avec ses cinq enfants, cette femme est obligée d'en remettre une partie à l'Assistance Publique et de subvenir aux besoins des autres ; elle a eu beaucoup de chagrins, de preoccupations et a souffert de nombreuses privations. Depuis deux ans, elle se plaint de céphalalgie, avec constriction aux deux tempes, de douleurs mal déterminées le long des membres, de courbatures, etc...

C'est à cause de cet état qu'elle a fait un premier séjour à l'hôpital d'où elle est sortie améliorée après un mois de repos et de régime reconstituant, et où elle rentre le 30 juillet dans le même état de fatigue et d'abattement.

Elle présente des points peu nets de névralgie sciatique et intercostale. Le trajet de son radial gauche est également douloureux, de même que la région scapulaire du même côté. Elle éprouve, en outre, des crampes dans les mollets et de la céphalalgie intermittente. Appétit mauvais, langue un peu saburrale, pas de constipation. Fatigue au réveil, quelquefois insomnie. Faiblesse considérable des membres inférieurs. Examen des viscères négatif : il n'y a rien, notamment, du côte de l'appareil respiratoire, du rein, de l'appareil génital et du système nerveux. Pas de température.

Diagnostic : neurasthénie.

Traitement : repos au lit : regime alimentaire normal et glycéro-phosphate.

La malade reste sensiblement dans le même état, jusqu'au 11 septembre, avec des alternatives d'amélioration et de rechute et sans qu'à vrai dire on s'en occupe beaucoup. La température est restée normale.

Le 12 septembre, elle se sent mal à l'aise, plus courbaturée que d'habitude et la température axillaire est de 37°6, le matin et de 38°4 le soir. Ce jour-là et les jours suivants, elle se plaint surtout de douleurs vives sous formes de crampes, dit-elle, au niveau de la région épigastrique et stomacale. Langue saburrale, appétit nul, pas de vomissements, pas de constipation, la malade est abattue.

L'examen pratiqué le 12 et répété les jours suivants ne revèle pas trace d'affection localisée.

Du côté du système nerveux, notamment, sauf quelques soubresauts et un certain degré d'affaissement, on ne relève absolument rien.

On pense à une grippe : purgatif le premier jour, et antipyrine chaque jour suivant.

L'état de la malade ne s'améliore pas, sans toutefois qu'on puisse lui trouver de symptômes bien nets. La température a lentement monté et elle atteint 39° le soir du 17 septembre. En même temps, survient une céphalagie très forte. On suspecte une fièvre typhoïde bien qu'en dehors de l'état général, il n'y ait pas de raison d'y penser.

La céphalalgie continue ; elle est forte, gravative et à caractère nettement vespéral et nocturne ; elle tend à se localiser du côté de la nuque et de l'occiput. En même temps, sont apparus d'autres symptômes plus particuliers qui sont très nets, le lendemain 18. La malade nous dit, sur interrogatoire, car elle parle peu et reste toujours un peu hébétée, que depuis deux ou trois jours il y a des instants où elle voit double, quand elle regarde à droite et où elle voit passer des mouches volantes devant les yeux. Nous notons, en effet, tous les signes d'une paralysie du Droit Externe gauche. L'examen ophtalmoscopique fait par M. le Professeur BAUDRY ne révèle aucune lésion du fond de l'œil, les autres muscles des yeux et des paupières sont intacts, les reflexes pupillaires à la lumière et l'accommodation sont normaux. La malade examinée ne paraît présenter aucun autre signe du côté du système nerveux ; pas de constipation, pas de diarrhée, pas de vomissements : un peu de nausée, toutefois, quand elle absorbe du lait. Le pouls, qui est aux environs de 100 le matin et de 120 le soir, suit donc les fluctuations de la température : pas la moindre trace de dissociation ; cœur régulier ; respiration calme, regulière. Aucune paralysie des membres ou de la face. Pas la moindre contracture à la nuque ou aux membres. *Le signe de Kernig n'existe pas*. Reflexes tendineux normaux ; pas de signe de BABINSKI ; aucun trouble des sphincters ; fonctions intellectuelles normales, sauf un peu de torpeur.

Sensibilité intacte dans tous ses modes ; pas d'hyperesthésie même les douleurs qui existaient le long de quelques nerfs et dans les régions épigastrique et stomacale ont disparu). Ventre souple, ni ballonné ni retracté. La raie dite méningitique y apparaît avec une particulière netteté.

En somme, la symptomatologie se réduirait à une forte céphalalgie à caractère vespéral et nocturne et à une paralysie du Droit Externe gauche, avec diplopie, s'il ne s'y joignait des phénomènes vaso-moteurs qui, bien qu'existant dès les premiers jours, ne nous avaient pas frappés d'abord. Quand on lui parle, la malade devient subitement très rouge, puis pâlit, quelques instants après. Ces alternatives de pâleur et de rougeur surviennent même en dehors de toute raison émotive et la malade sent elle-même que, depuis quelques jours, elle éprouve des bouffées de chaleur lui monter sans cause, la nuit et le jour ; une voisine nous confirme ces accès soudains de rougeur et de pâleur.

Ajoutons que la malade n'offre aucun stigmate d'hystérie.

Cette symptomatologie un peu fruste nous laisse perplexes. L'idée d'une fièvre typhoïde abandonnée, nous pensons à une méningite tuberculeuse ou peut-être syphilitique. Ce dernier diagnostic nous est suggéré par le caractère nettement vespéral de la céphalalgie et par la paralysie oculaire ; et, bien que la malade interrogée et revue avec soin ne présente rien qui

puisse faire penser à une syphilis passée ou actuelle, les deux pertes qu'elle a faites au début de son mariage nous poussent à admettre cette hypothèse : en conséquense, une injection d'huile grise (sept centigrammes de mercure) est faite le jour même

Le 19, même état : température matinale : 38 ; température vespérale : 39°,8. Les jours suivants, la température baisse et atteint à peine trente-neuf, le soir ; le 23, elle n'a pas dépassé trente-huit L'état de la malade s'est un peu amélioré, surtout en ce qui concerne la torpeur ; les autres signes persistent.

Le 24 et le 25, nouvelle ascension thermique qui ne s'accompagne, d'ailleurs, d'aucun symptôme nouveau.

Ponction lombaire, le 26. Aucun incident.

Dès le lendemain de cette ponction, la température déjà notablement baissée, tombe au-dessous de trente-sept et la céphalée disparaît. La diplopie cesse, mais bien que le strabisme ait diminué, il y a encore de la paralysie très nette du droit externe gauche ; les troubles vaso-moteurs n'existent plus.

La malade va de mieux en mieux et paraît bientôt tout à fait guérie. Elle a reçu, en tout, trois injections d'huile grise. La guérison persiste jusqu'au 20 octobre. A cette époque, le strabisme reparaît et le thermomètre accuse, le 22, une petite poussée fébrile qui s'accentue, le 23 au matin (39°5) Pas de céphalalgie, les troubles vaso-moteurs sont réapparus ; ils se montrent surtout la nuit et particulièrement du côté gauche. Aucun autre signe.

Le 24, défervescence brusque qui se continue les jours suivants. La malade se sent mieux et a des sueurs profuses du cuir chevelu ; elle éprouve encore un peu de céphalalgie à gauche et des douleurs à la région occipitale et à la région temporale : néanmoins son état s'amende et, sauf la paralysie du Droit Externe qui persiste toujours, il ne reste bientôt plus rien de ce court accès.

Deuxième ponction, le 31 octobre.

La malade sort de l'hôpital le 3 novembre 1904 ; elle est en fort bon état ; cependant, la paralysie du droit externe gauche n'a pas disparu.

Nous n'avons pu revoir la malade.

Deux ponctions lombaires ont été pratiquées.

L'une le 26 septembre 1904 ; elle donne issue à un liquide absolument limpide « eau de roche » qui s'écoule lentement et goutte à goutte. 8 centimètres cubes environ de liquide céphalo-rachidien sont recueillis aseptiquement dans un tube à centrifugation stérilisé.

Ce liquide, après plusieurs heures de repos, reste absolument limpide sans aucun flocon fibrineux ; chauffé et additionné d'une goutte d'acide acétique au 1/10, il présente un très léger louche d'albumine qui est indosable. Le liquide est centrifugé pendant un quart d'heure sans qu'apparaisse aucune trace de culot. Le fond du tube prélevé à l'aide d'une pipette stérilisée, étendu sur lames, séché lentement et coloré au bleu de Kuhne, ne présente ni éléments cellulaires ni microbes.

Préalablement, un ensemencement fait avec toutes les précautions d'usage a été pratiqué 4 heures après la ponction en bouillon peptonisé et placé à l'étuve à 38°. L'ensemencement a été fait également sur bouillon gélatiné et bouillon gélosé. L'ensemencement sur bouillon gélatiné est resté stérile : observé pendant plusieurs semaines, ce tube n'a rien donné. En revanche, l'ensemencement sur bouillon peptonisé a rapidement poussé et 24 heures après les deux tubes de bouillon étaient troubles dans toute leur hauteur et d'aspect soyeux. L'examen microscopique de cette culture montre de très fins diplocoques en grains de café rappelant à s'y méprendre l'aspect du gonocoque. Outre ces éléments en grains de café, on observe de très courtes chaînettes de cocci composées au plus de quatre ou cinq éléments et quelques tétrades. On n'observe aucun autre élément et il semble que la culture soit absolument pure.

Le diplocoque observé ne prend pas le Gram.

Les mêmes constatations sont faites avec la culture qui a poussé sur le tube de gélose et dont l'aspect macroscopique est le suivant : petites colonies blanches, rondes, d'aspect laiteux et qui, bien isolées au bout de 24 heures, sont devenues confluentes en 48 heures. Après deux ou trois jours, la culture sur gélose, laissée à l'étuve, n'a plus poussé et, en somme, il s'agit d'une culture assez maigre dont le développement s'est arrêté rapidement et définitivement.

La culture sur bouillon a été réensemencée sur boîte de Petri et ne s'est pas plus développée que sur bouillon gélatiné, après observation de plusieurs semaines.

Pour vérifier l'identité de ce diplocoque, que nous pensions, dès lors, être du méningocoque, nous l'avons ensemencé sur bouillon-ascite, où il a poussé en moins de 24 heures. Au point de vue microscopique, nous y retrouvons le même diplocoque à l'état de pureté et avec les caractères relevés plus haut. Nous avons prié M. Vansteenberghe, chef des travaux pratiques de bactériologie à l'institut Pasteur, d'examiner notre diplocoque. Il pense avec nous que c'est du méningocoque.

Une seconde ponction a été faite le 31 octobre 1904. Le liquide qui s'écoule a le même aspect eau de roche que la première fois et sort lentement et goutte à goutte : on en retire environ 20 centimètres cubes dans deux tubes à centrifugation stérilisés. Le liquide ne contient pas plus de fibrine ni d'albumine que lors de la première ponction. L'ensemencement est fait au moment de la ponction avec le liquide qui s'écoule directement du canal rachidien, dans du bouillon non peptonisé (Formule de Grimbert). 24 heures après, le bouillon est nettement trouble et présente les mêmes caractères que celui ensemencé avec le liquide de la première ponction.

Les deux tubes recueillis sont centrifugés pendant un quart d'heure ; il ne se forme pas de culot et, à l'examen microscopique, éléments cellulaires et microbes font défaut. L'examen de la culture sur bouillon montre un diplocoque en culture pure qui, ensemencé sur bouillon ascite, a poussé parfaitement ; en somme, il s'agit toujours de méningocoque.

Une inoculation faite à une souris blanche, dans les cavités pleurale et péritonéale, est restée sans résultats. La souris, sacrifiée quatre jours après, ne pré-

sente aucune lésion et son sang, ensemencé, reste stérile. Un cobaye, également inoculé dans les cavités pleurales et péritonéale, a présenté, le lendemain et surlendemain, une légère réaction fébrile, sans d'ailleurs paraître en souffrir ; le troisième jour tout était rentré dans l'ordre. Actuellement, c'est-à-dire cinq semaines après l'inoculation, cet animal est en parfait état de santé.

En somme, nos deux ponctions ont livré passage à un liquide céphalo-rachidien absolument limpide, de pression normale, sans fibrine, sans albumine, sans réaction leucocytaire, mais contenant du méningocoque que seules les cultures ont révélé.

Il n'est pas douteux que, dans le cas actuel, sans la culture du liquide céphalo-rachidien, nous n'aurions pu penser à une infection par le méningocoque. En effet, dès qu'après la fièvre survinrent la céphalalgie, les troubles vaso-moteurs et la paralysie d'un muscle de l'œil, qui firent penser à une méningite, c'est à la méningite tuberculeuse, qu'en vertu de son droit d'aînesse, nous songeâmes d'abord. Simultanément, en raison de publications récentes, peu nombreuses mais démonstratives, la possibilité d'une méningite syphilitique se présenta à notre esprit. Car, non seulement des méningites aiguës ont été guéries par le traitement mercuriel, mais un cas particulièrement grave et terminé par la mort a permis de découvrir des lésions des vaisseaux méningés extrêmement marquées et de nature sûrement spécifique (1).

Donc, à l'heure actuelle, quand on se trouve en présence d'accidents méningés et quand on a quelque raison de soupçonner la syphilis, il est tout indiqué de tenter le traitement mercuriel. Le caractère fruste des manifestations, l'allure peu franche de la maladie, n'étaient pas pour nous détourner de cette hypothèse, la syphilis réalisant volontiers des syndrômes peu accusés et incomplets.

Enfin, on pouvait encore penser à du *méningisme* et sûrement en présence de l'évolution rapide et de la facile guérison de la maladie, c'est à ce dernier diagnostic qu'on se fût arrêté. Ce diagnostic eut été encore confirmé si l'on s'en fût tenu à l'examen du liquide céphalo-rachidien sans pratiquer de cultures. Rappelons que lors de nos deux ponctions lombaires, le liquide céphalo-rachidien s'écoule sans pression, qu'il est limpide, ne contient ni fibrine, ni albumine, ni éléments cellulaires, et ne paraît pas contenir de microbes : en somme un liquide normal sans trace de réaction inflammatoire, autorisant par conséquent à penser à du méningisme (1). Mais, par contre, sa culture nous révèle l'existence de microbes qui poussent abondamment en vingt-quatre heures, et dès lors c'est à leur présence qu'il faut rapporter les symptômes observés et non pas à une simple perturbation fonctionnelle.

Cette constatation nous permet de dire de suite que pour porter le diagnostic de méningisme d'une façon certaine il nous paraît insuffisant de s'en tenir à l'étude chimique et cytologique du liquide céphalo-rachidien et nous ne pouvons approuver M. LAMOUROUX (2) quand il écrit : « Nous avons cru pouvoir conclure, sans recourir aux cultures ni aux inoculations qu'il n'y avait pas de méningite et que le liquide était stérile... » Certes, dans la plupart des cas il sera possible de déceler l'infection méningée par l'examen sans culture du liquide céphalo-rachidien et on y trouvera les éléments d'un diagnostic ; mais il est tels cas où la culture s'imposera, surtout actuellement, où, en dehors de l'hystérie, le diagnostic de méningisme paraît de plus en plus difficile à admettre.

Donc, étant donnée la présence du méningocoque dans la cavité arachnoïdienne, il ne peut plus être question de méningisme. S'agit-il d'une méningite?... La bactériologie répond affirmativement et la clinique semble à première vue d'accord avec elle. Mais, par contre, la composition du liquide céphalo-rachidien est tout à fait normale. Si nous tirions de cette dernière constatation les conclusions habituelles nous devrions admettre qu'il n'y a pas de méningite. On sait, en effet, que lorsqu'au cours d'une affection qui présente des symptômes de la série méningée, on pratique une ponction lombaire, le liquide retiré est souvent purulent ou franchement louche : on dit alors qu'il y a *méningite suppurée*. Parfois, le liquide est séreux, transparent. Mais même lorsqu'au premier aspect le liquide paraît absolument normal, il a néanmoins, dans la très grande majorité des cas, subi des altérations qui indiquent que la paroi avec

(1) WIDAL et LE SOURD. Méningite aiguë : guérison par le traitement anti-syphilitique : *Soc. méd. des hôpit.*, 21 février 1902.

BRECY et BRISSAUD. Symptômes de méningite aiguë : guérison par le traitement anti-syphilitique : *Soc. méd. des hôpit.* 14 mars 1902.

GAILLARD et D'OELSNITZ. Méningite aiguë rapidement guérie par le traitement anti-syphilitique : *Soc. méd. des hôpit.* 18 juin 1903.

SICARD et ROUSSY. Méningite cérébrospinale syphilitique aiguë. *Soc. de neurologie*, 15 mai 1904.

(1) La ponction a été faite le jour où la fièvre commençait à tomber. On peut objecter que faite la veille, en plein acné, elle eut donné un liquide céphalo-rachidien anormal : modification qui eut été bien légère, en tous cas, puisque 24 heures après on n'en retrouvait plus trace.

(2) LAMOUROUX. Contribution à l'étude du méningisme. Thèse Paris, 1902, n° 267.

laquelle il est en contact est enflammée ou irritée. C'est ainsi qu'il est augmenté de pression, qu'il présente, au bout d'un certain temps, un coagulum fibrineux plus ou moins marqué ; que sa teneur en albumine normalement minime, se trouve fortement augmentée ; et que, centrifugé, il laisse déposer dans le fond du tube un culot composé d'éléments cellulaires en plus ou moins grande quantité et parfois de microbes. Ces différentes modifications indiquent qu'il y a encore méningite ; mais, par opposition avec la forme suppurée, cette espèce de méningite est dite *méningite séreuse, bactérienne*, si le liquide contient des microbes ; *non bactérienne ou toxique*, si le liquide ne contient pas de microbes (1).

Exceptionnellement, enfin, il se peut que le liquide céphalo-rachidien soit absolument stérile et normal, à tous les points de vue. C'est alors qu'on a dit qu'il s'agissait de méningisme.

Ces conclusions qu'on tire de l'étude du liquide céphalo-rachidien ne sont pas absolues : c'est ainsi qu'on a pu, au cours d'une méningite en plaque occupant les circonvolutions et constatée à l'autopsie, observer un liquide céphalo-rachidien peu altéré ou normal : soit parce qu'il y avait défaut de communication entre l'arachnoïde cérébrale et l'arachnoïde rachidienne, soit parce que les méninges avaient peu réagi en dehors de la zone atteinte (2).

Sauf ces exceptions, qui ne paraissent, d'ailleurs, pas applicables à notre malade (3), on voit que l'étude de ce liquide a permis de se rendre un compte généralement exact et fidèle de l'état anatomique des méninges et de l'intensité de la méningite.

Dans notre observation le liquide céphalo-rachidien, malgré la présence du méningocoque, ne s'étant pas modifié, nous pouvons conclure qu'il n'y a pas eu de réaction méningée ; en un mot, pas de méningite au sens anatomique du mot.

A vrai dire, la symptomatologie si réduite présentée par notre malade aurait pu nous faire prévoir que les méninges n'étaient que peu ou pas intéressées. Au cours d'une méningite, en effet, il est des signes qui cliniquement appartiennent, pour ainsi dire, en

(1) Hutinel. Les méningites non suppurés (Méningisme, méningites séreuses). Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1902, pages 145-166.

(2) Achard. Nouveaux procédés d'exploration. Deuxième édition 1903.

(3) La présence d'un méningocoque vivant dans l'arachnoïde rachidienne montre bien qu'il y a communication entre celle-ci et l'arachnoïde cérébrale et d'autre part il n'est pas vraisemblable qu'une méningite en plaque donne des symptômes si frustes et si fugaces.

propre à la lésion méningée : ce sont les signes dits d'excitation, les convulsions, les contractures et parmi ces dernières, le signe de Kernig. Or, ici, rien de pareil, pas de convulsions, pas de contractures, pas de signe de Kernig ; s'il existe du strabisme, il est d'ordre paralytique. Bref, les symptômes présentés par notre malade sont de ceux qu'on est accoutumé d'observer dans une méningite, et c'est pour cela que lorsqu'on les constate avec de la fièvre, on pense à une méningite. Mais ils n'apparaissent que lorsque la substance nerveuse sous-jacente est lésée, lorsqu'il y a encéphalite ; ils ne relèvent pas en propre de la lésion méningée, sauf peut-être la céphalalgie. Aussi, ayant existé seuls, ils confirment à la réflexion et après coup les données fournies par la ponction lombaire, à savoir que les méninges ont été très peu touchées.

Notre observation doit donc être considérée, selon nous, comme infection méningée sans réaction des méninges. Le fait n'est pas tout à fait sans exemple. Si l'on parcourt, en effet, les très nombreuses observations de méningites bactériennes curables qui ont été publiées, depuis quatre ans, avec examen du liquide céphalo-rachidien (1), on notera que l'aspect et la composition de ce liquide peuvent varier extrêmement. Tous les degrés d'altération ont été notés, depuis la suppuration avec polynucléose intense, jusqu'à l'aspect séreux avec lymphocytose discrète. Parmi les observations qui se rapprochent de la nôtre, au point de vue de la composition du liquide céphalo-rachidien, nous pouvons citer la suivante de M. Rendu que nous résumons (2):

Un enfant de cinq ans présente des signes très nets de méningite cérébro-spinale. Une paralysie et une athrophie des membres leur succèdent et guérissent au bout d'un certain temps. Une ponction lombaire, pratiquée au cours de la maladie, donne passage à un jet assez fort d'un liquide absolument transparent qui ressemble au liquide céphalo-rachidien physiologique. Une seule modification dans sa

(1) Outre les observations rapportées plus haut, voir encore :

Demange. Du cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien, dans les méningites et les pseudo-méningites de l'enfance. Thèse Paris, 1902, N° 465.

Dereure. Des suites éloignées des méningites bactériennes. Thèse Paris, 1903, N° 160.

Bernard. Du pronostic immédiat et éloigné des méningites cérébro-spinales. Thèse Paris, 1903, N° 298.

Lair. Eléments de diagnostic et de pronostic dans les méningites cérébro-spinales. Thèse Paris, 1903, N° 546.

(2) Rendu. Méningites cérébro-spinales d'origine grippale compliquée de poliomyélite antérieure aiguë. Guérison. *Soc. méd. hôp.*, 1901, p. 91.

composition : il est très albumineux. Sauf cette modification et l'excès de pression, il est normal et ses cultures sont stériles. Nous citerons encore l'observation suivante qui est due à M. GUINON (1) :

Au cours d'une fièvre typhoïde, une enfant de huit ans présente des accidents très caractérisés de méningite et meurt, ensuite, d'hémorragies intestinales. Le liquide céphalo-rachidien, obtenu par ponction au cours de la maladie et examiné par M. TOLLEMER, « est absolument clair, sans flocons visibles ; il ne coagule pas par l'ébullition, même après addition d'une goutte d'acide acétique. Il est centrifugé et après décantation, le liquide du fond du tube est examiné. » Pas de culot. On ne trouve, à l'examen microscopique, que « quelques rares bacilles se décolorant par le GRAM, quelques globules blancs. » En somme, une réaction méningée réduite au minimum, malgré la présence d'un microbe qui fut reconnu être le bacille d'EBERTH. Ajoutons, pour parfaire l'analogie de l'observation de M. GUINON avec la nôtre que l'inoculation à la souris et au cobaye est restée stérile dans les deux cas. Dans d'autres circonstances on a noté seulement l'apparition de la fibrine ou l'augmentation de l'albumine sans réaction leucocytaire. Bref, au cours des états méningés même bien caractérisés cliniquement, la réaction méningée, la méningite en un mot, peut être réduite au minimum. Un degré de moins encore et c'est l'absence de réaction, ce qui est le cas pour notre observation.

On peut ranger ces faits mal définis parmi les méningites séreuses dont ils représentent le dernier degré. Il semble que dans notre observation, le méningocoque n'ait fait que traverser le milieu méningé pour gagner les centres nerveux. Venu de l'extérieur, très probablement des fosses nasales, où plusieurs fois le méningocoque a été rencontré, il a gagné les méninges et y vivant en saprophyte, comme dans les fosses nasales, n'y a pas déterminé de réaction. C'est seulement quand il a touché les éléments nerveux qu'il s'est montré pathogène. On sait depuis longtemps que les méninges constituent une étape de l'infection des centres nerveux : mais il est rare que cette étape soit franchie sans donner l'éveil et qu'un microbe puisse y vivre si longtemps sans y provoquer d'inflammation.

Nayant pu suivre notre malade après sa sortie de l'hôpital, nous ne pouvons affirmer qu'après sa seconde rechute elle n'en ait pas fait une troisième et qu'elle soit quitte de tout accident ultérieur. Ce que nous savons des méningites à rechutes nous permet de penser qu'elle va guérir, les cas où le méningocoque vit ainsi alternativement à l'état de saprophyte et de pathogène se terminant le plus souvent par la guérison. Mais il n'est pas inutile de rappeler que le 31 octobre, c'est-à-dire trois jours avant son départ de l'hôpital, la malade avait encore dans son liquide céphalo-rachidien du méningocoque vivant et que rien ne prouve qu'après une nouvelle période de vie saprophytique, ce microbe ne puisse reprendre encore une fois son rôle de pathogène et donner naissance à des désordres plus graves. Cette façon d'être serait assez dans les habitudes du méningocoque qui « s'épuise en vie parasitaire pour s'exalter en vie saprophytique » dit CONCETTI (1), propriété qui concorde très bien avec le mécanisme des méningites à rechutes. Aussi, bien que le peu de durée de la seconde attaque permette d'espérer qu'il n'y en aura pas de troisième, on ne saurait l'affirmer et le méningocoque reste toujours un hôte dangereux pour les méninges.

La légèreté des accidents fait espérer que notre malade, une fois guérie, ne conservera pas traces de sa maladie. Pourtant, il persiste une paralysie fort nette du Droit Externe gauche ; on ne peut affirmer qu'elle disparaîtra complètement.

Aphasie transitoire et hémiplégie droite au cours d'une infection puerpérale staphylococcique

par **Maurice Leroy**, Interne des Hôpitaux

(Travail de la Clinique chirurgicale de M. le Professeur DUBAR)

Les localisations nerveuses de l'infection sont connues. Il n'est pas rare, en effet, de voir survenir, au cours ou pendant la convalescence de beaucoup de maladies infectieuses, des accidents paralytiques très variés. Mais le nombre des observations publiées signalant en pareil cas des paralysies étendues à toute une moitié du corps et des troubles du langage, est restreint. C'est cette considération qui nous a déterminé à relater ici l'histoire d'une malade que les hasards de la clinique nous ont permis d'observer. Il s'agit d'une accouchée, infectée par le staphy-

(1) L. GUINON. Un cas de méningite à bacille d'EBERTH. *Bull. de la Soc. de pédiâtrie*. 8 octobre 1901.

(1) CONCETTI. Revue des maladies de l'enfance, 1900, pages 305 et 557.

locoque, qui a présenté, au cours de sa maladie, de l'aphasie et de l'hémiplégie qu'on ne peut logiquement rapporter à une autre cause qu'à l'infection.

Voici les faits :

Gabrielle V..., 22 ans, avait eu, le 15 juin 1903 un accouchement à terme très laborieux qui avait nécessité l'incision du col de l'utérus suivie d'une application de forceps. Deux jours après, sa température s'élevait à 40°5, les lochies devenaient fétides et un curettage fut pratiqué qui resta sans effet.

Lorsqu'on l'amena, le 2 juillet 1903, dans le service de M. le Professeur Dubar à la Charité, sa fièvre intense, son pouls petit et rapide, son facies plombé caractéristique et un état général très mauvais indiquaient nettement qu'elle était la proie d'une infection sévère.

A l'examen on constata les particularités suivantes : Le ventre était légèrement ballonné mais la paroi abdominale était souple. Le fond de l'utérus, douloureux à la pression, remontait à un travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Au niveau de la fourchette vulvaire existait une large érosion baignée d'une abondante sécrétion purulente.

Il y avait de la périmétrite : les culs-de-sac vaginaux étaient effacés et empâtés, le corps de l'utérus était immobilisé. Le col, gros et mou, portait une déchirure étoilée très étendue et son orifice laissait sourdre un liquide épais, jaunâtre, muco-purulent. Les annexes n'étaient ni accessibles ni douloureuses. Dans l'épaisseur de la fesse droite siégeait un volumineux abcès qui s'était ouvert spontanément.

Rien à signaler du côté des autres organes ; le cœur en particulier paraissait tout à fait normal.

Enfin la malade présentait de l'incontinence d'urine, souffrait de constipation, mais n'avait pas eu de vomissements.

Le 4 juillet, elle se plaignit d'un point de côté assez violent dans la partie latérale gauche du thorax. L'auscultation révéla à ce niveau la présence d'un foyer de râles sous-crépitants, mais cet accident céda facilement à l'application d'un révulsif.

Le soir du même jour elle fit observer à sa voisine de salle que la vision de son œil droit était obscurcie.

Le lendemain matin, sans ictus préalable, notre malade présentait tous les signes d'une aphasie motrice avec hémiplégie droite et paralysie du facial inférieur droit.

Il y avait impossibilité absolue de prononcer un mot.

Le bras et la jambe, flasques et inertes, étaient complètement paralysés. A leur niveau la sensibilité avait disparu, les réflexes étaient abolis et la température était plus élevée que du côté gauche.

On remarquait un abaissement très net de la commissure labiale gauche avec déviation de la pointe de la langue du côté droit. Mais il n'existait ni trouble pupillaire, ni déviation conjuguée de la tête et des yeux.

L'intelligence était obnubilée, cependant la malade paraissait comprendre les questions qu'on lui posait, puisqu'il lui arrivait d'y répondre par des signes très expressifs ou par des grognements significatifs. Il n'y avait donc pas de surdité verbale.

Cet état persista quinze jours sans aucun changement. Le 20 juillet on constata, pour la première fois, que la femme V... pouvait mouvoir légèrement les doigts de la main droite, et on put, en les prononçant devant elle, lui faire répéter certains mots : « *Non* » « *Maman* » « *Bonjour* » « *Merci* ».

Cet exercice parut exiger un grand effort et beaucoup d'attention. La malade articulait ses mots lentement, une syllabe à la fois, en se reprenant souvent avant d'arriver à émettre un son correct.

Mais les progrès furent rapides et très marqués dès le lendemain. Peu à peu le vocabulaire s'enrichit et l'élocution devint plus facile et plus nette.

Du côté de l'hémiplégie la même amélioration se manifestait. Les réflexes et la sensibilité réparurent et progressivement la malade recouvra l'usage de son bras et de sa jambe paralysés.

On comprendra facilement que nous ayons renoncé à rechercher s'il avait existé de l'agraphie ou de la cécité verbale chez une femme atteinte d'impotence fonctionnelle de la main droite et qui au surplus était complètement illettrée.

Pendant l'évolution des accidents paralytiques, l'état général demeurait grave. La veille et le matin du jour où survint l'aphasie la température tomba à 36°7 et 36°3.

Le 6 juillet, la jambe paralysée devint le siège d'un œdème dur, ne conservant pas l'empreinte du doigt, qui persista longtemps. Le même jour la température remontait à 37°5, puis oscillait pendant quelque temps entre 37° et 38°.

Le 13 juillet la fièvre s'élevait à 38°5. Elle s'aggrava progressivement et, le 19 juillet, veille du jour où la malade prononça ses premiers mots, le thermomètre marquait 40 5.

A partir de ce moment la température commença à décroître, avec tous les deux jours, des exacerbations nocturnes de moins en moins marquées, et elle atteignit bientôt la normale

En même temps, l'état général s'améliorait peu à peu et la malade put quitter le service le 30 octobre, guérie de son infection et conservant seulement un peu de paresse d'élocution et une certaine maladresse des membres supérieur et inférieur droits.

Nous l'avons revue tout récemment. Il persiste encore actuellement chez elle, dix mois après les premiers accidents, un léger degré d'hémiparésie droite surtout marquée à la jambe. Elle ne présente pas d'atrophie musculaire, ni de troubles de la sensibilité. Les réflexes sont normaux. La parole est encore par instants un peu embarrassée. Le cœur est absolument sain.

Des renseignements que nous avons pu nous procurer, il résulte que : son père est mort accidentellement en pleine vigueur, et que sa mère, ainsi qu'un de ses frères, seraient sujets à des attaques d'épilepsie. Son mari est vivant et bien portant.

Elle-même, atteinte d'une double luxation de la hanche congénitale, fut soignée, il y a quatre ans, pour une anémie grave, et fit vers la même époque

une perte à six semaines. Ses règles sont apparues à quatorze ans et ont toujours été irrégulières, douloureuses et peu abondantes.

Elle est nerveuse, rit ou pleure facilement, mais n'a jamais présenté les signes d'une névrose caractérisée.

Cette observation assez complexe nous a paru intéressante, non pas seulement à cause de la présence simultanée des phénomènes infectieux et des accidents nerveux, mais aussi par la nature de l'infection qu'a présentée notre malade.

En effet, pendant son séjour à l'hôpital, l'examen du sang et de l'écoulement utérin fut pratiqué à plusieurs reprises par M. Vasseur, préparateur au laboratoire des cliniques de la Charité.

Dans le sang, la numération globulaire montra qu'il y avait leucocytose intense, et, en outre, l'examen bactériologique révéla la présence du staphylocoque doré.

Ensemencée dans du bouillon, une goutte de sang donna rapidement un précipité blanc, qui ne tarda pas à devenir jaunâtre. Ce précipité servit à faire des cultures sur gélatine et sur gélose.

Sur gélatine, on obtint de petites colonies grisâtres, jaunes au centre, et autour desquelles il se produisit bientôt une liquéfaction annulaire.

Sur gélose, on put observer des stries blanchâtres, assez larges, qui ne tardèrent pas à se colorer en jaune.

L'ensemencement de l'écoulement utérin provoqua les mêmes cultures.

Ces résultats n'ont jamais varié et au cours de ces expériences, pratiquées avec le plus grand soin, c'est toujours et uniquement le staphylocoque doré qui a cultivé.

Il s'agissait donc à n'en pas douter d'une staphylococcie puerpérale. Or, bien qu'il ne soit plus contesté aujourd'hui que l'infection puerpérale reconnaisse comme agents infectieux, outre le streptocoque, un très grand nombre de micro-organismes isolés ou associés (Jeannin, Hartz, Magniaux, Gallant, etc.), parmi les observations peu nombreuses ou les accidents ont été attribués au seul staphylocoque, plusieurs ont été mises en doute. Cependant, au Congrès de Médecine de Paris (1900), Doléris rapportait trois cas indiscutables de staphylococcie puerpérale et il était d'accord avec Krönig et Menge pour admettre le rôle du staphylocoque dans l'infection des accouchées. Notre observation nous paraît renforcer cette opinion et venir à l'appui de cette conception d'ailleurs logique que si, au cours d'un accouchement, des portes d'entrée comme la muqueuse utérine, des plaies vulvaires ou vaginales sont ouvertes à l'infection, celle ci doit dépendre surtout de l'agent infectieux qui se présente. On conçoit mal au contraire que l'organisme d'une accouchée soit éclectique et réfractaire à tel agent plutôt qu'à tel autre.

Voyons maintenant la relation que l'on peut établir entre l'infection et les accidents paralytiques. Nous ne pensons pas en effet qu'il y ait eu simple coïncidence et nous n'hésitons pas à éliminer l'hystérie et la syphilis comme causes déterminantes des manifestations nerveuses que nous avons observées.

Malgré la présence de crises épileptiques chez quelques-uns de ses proches, notre malade ne paraît pas être une hystéro-épileptique larvée. Jamais en effet nous n'avons pu déceler chez elle aucun signe d'aucune névrose. On sait de plus que, dans l'hémiplégie ou l'aphasie hystérique, au moment de la guérison on constate habituellement la disparition subite de tous les symptômes (Ladame) et qu'au contraire dans l'hémiplégie organique l'amélioration des mouvements est lente et progressive (M. W. Roth), tout comme nous l'avons constaté dans le cas que nous venons de rapporter.

Quant à la syphilis nous ne devons y songer que pour la rejeter, car outre que rien dans les antécédents ou l'examen de notre malade n'autorise une pareille hypothèse, elle a guéri, et elle a guéri sans que le traitement spécifique ait été institué.

Ajoutons qu'il ne faut pas davantage incriminer l'urémie, car malgré la présence passagère d'un peu d'albumine dans l'urine de la malade, celle-ci n'a présenté aucun symptôme d'insuffisance urinaire.

Pourquoi d'ailleurs aller chercher si loin, puisque l'infection à elle seule peut tout expliquer. Seulement l'infection est susceptible d'agir par embolie, thrombose ou intoxication et la question se pose de savoir laquelle de ces modalités doit être accusée ici.

En 1893, dans une clinique de l'hôpital Necker, Rendu discutait un cas d'hémiplégie et d'aphasie observé chez une malade atteinte de septicémie colibacillaire post-puerpérale. L'auscultation n'avait rien montré d'anormal du côté du cœur et pourtant l'autopsie révélait l'existence d'une endocardite qui avait déterminé une embolie de la sylvienne gauche, ce qui expliquait tous les accidents. Pouvons-nous assimiler

les deux cas et admettre chez notre malade la présence d'une endocardite passant inaperçue. Evidemment non, car non seulement son cœur ne présentait aucune altération lorsque nous l'avons examinée dans le service de M. DUBAR, mais encore la disparition des accidents paralytiques a été relativement rapide, et de plus, nous avons pu nous convaincre en voyant la malade ces temps derniers, qu'elle ne présentait aucun trouble fonctionnel du côté du cœur. Que penser d'une endocardite qui ne se manifesterait à aucun moment, ni d'aucune façon sinon qu'elle n'existe pas?

Eliminons donc l'hypothèse d'une embolie.

Pour expliquer les phénomènes d'hémiplégie et d'aphasie transitoires observés au cours de certaines maladies infectieuses, on a invoqué l'action des toxines microbiennes. Celles-ci agiraient soit directement sur les centres nerveux par imprégnation, soit mieux encore, sur la contractilité des vaisseaux cérébraux, par influence vaso-motrice et sur la circulation cérébrale qui en dépend sans qu'il y ait nécessairement lésion artérielle (CHANTEMESSE-MOUISSET-HANOT). Il existe même une autopsie de BALZER où, chez un pneumonique décédé cinq jours après le début d'une aphasie, le cerveau était absolument sain, et DUFLOCH a signalé, chez un cholérique, un cas d'aphasie sans substratum anatomique ainsi qu'il put s'en convaincre à l'autopsie.

Pouvons-nous attribuer à ce même mécanisme les accidents présentés par notre malade.

Si l'on accorde à certains micro-organismes la faculté de produire une toxine capable d'influencer les centres nerveux, soit directement par imprégnation, soit indirectement par action vaso-motrice, pourquoi refuserait-on au staphylocoque le pouvoir de sécréter, lui aussi, une toxine jouissant de propriétés analogues?

Mais, d'autre part, si on invoque uniquement la toxicité du sang au niveau de l'artère sylvienne, pourquoi son action s'exercerait-elle seulement sur la circonvolution de l'aphasie, sur les frontales et pariétales ascendantes et respecterait-elle, par exemple comme chez notre malade, le centre de la surdité verbale qui est lui aussi sous la dépendance de la circulation sylvienne ?

De plus, si on veut bien se souvenir que notre malade, aujourd'hui parfaitement guérie de son infection, présente encore quelques troubles parétiques, on pourra trouver étrange les persistances de ces accidents puisque son organisme doit être depuis longtemps débarrassé de ses toxines.

C'est ce qui nous amène à envisager la possibilité d'une thrombose ou mieux d'une endartérite partiellement thrombosante que la présence du staphylocoque dans le sang rend infiniment probable.

On sait en effet qu'au cours d'une infection tout l'arbre circulatoire : le cœur, les artères, les veines et les capillaires, peuvent être le siège de colonisations microbiennes. Et, si nous envisageons certains symptômes présentés par notre malade, d'abord le point de côté avec foyer de râles survenu la veille des accidents paralytiques, puis, quelques jours après, l'œdème de la jambe droite, qui peuvent être attribués tous deux à des processus thrombotiques, il semble bien qu'il faille par analogie reconnaître à l'hémiplégie et à l'aphasie une origine identique. Or, on conçoit facilement que ces foyers d'endartérite pariétale siégeant au niveau des rameaux artériels chargés d'irriguer la circonvolution de BROCA, les circonvolutions pariétales et frontales ascendantes puissent coexister avec la parfaite intégrité des branches temporales de la sylvienne. Par là même, on s'explique la localisation des accidents et l'absence de surdité verbale chez notre malade.

Faisons remarquer, en passant, que la présence d'une artérite n'exclut pas forcément l'action toxique, au contraire. Mais nous pensons que l'une doit être la conséquence de l'autre. On comprend aisément en effet que, s'il se forme dans certains rameaux artériels des foyers de pullulation microbienne, la production de toxine doit s'exagérer à leur niveau et provoquer une action plus intense en aval soit sur les vaisseaux eux-mêmes, soit sur les territoires qu'ils irriguent. Et nous ne serions pas éloignés de penser qu'on devrait admettre la combinaison des deux mécanismes : l'action toxique devenant fatalement la conséquence de la pullulation microbienne.

En tout cas l'hypothèse d'artérite explique à elle seule, mieux que toute autre, l'évolution des accidents, la guérison et même la persistance de quelques troubles moteurs. Notons ici qu'on ne doit pas attribuer à la rééducation la guérison de la malade, puisqu'en peu de jours elle avait retrouvé tout son vocabulaire et en grande partie l'usage de ses membres.

On sait qu'il suffit parfois d'une lésion minime, d'un trouble de nutrition des éléments nerveux pour

voir apparaître ces hémiplégies ou ces aphasies fonctionnelles (M.W. ROTH, BERNHEIM). Or, si on admet avec DURET que les artères de l'écorce sont terminales, on peut attribuer les accidents transitoires observés à une artérite sténosante, c'est-à-dire n'ayant que partiellement oblitéré les rameaux artériels atteints, insuffisante pour déterminer l'arrêt de la circulation et la nécrose des éléments nerveux, suffisante cependant pour produire une anémie intense et prolongée, une nutrition défectueuse de ces mêmes éléments leur enlevant pour un temps leur pouvoir fonctionnel. Mais peu après la guérison peut survenir et l'exsudat se résorber. On conçoit dès lors aisément que le rétablissement progressif de la circulation du territoire intéressé puisse permettre le réveil des cellules nerveuses et le retour de la fonction que la réduction provisoire des échanges avait momentanément suspendue.

Si au contraire on accepte l'opinion de TESTUT qui admet l'existence d'anastomoses très ténues entre les divers territoires artériels de l'écorce, on peut encore, pour comprendre la disparition des accidents, s'en rapporter à l'explication que nous venons de fournir. Mais on peut aussi songer à une artérite, d'évolution très lente, qui laisserait à la circulation collatérale le temps de s'établir. De sorte que, si l'apport sanguin, un moment insuffisant, a pu déterminer des manifestations paralytiques, la circulation peut, avant l'apparition de la nécrose, être redevenue assez active pour rendre progressivement aux éléments nerveux toute leur vitalité.

Qui nous dit maintenant que cette circulation collatérale s'est établie d'une façon absolument parfaite ou que les vaisseaux un instant sténosés ont récupéré toute leur perméabilité ; qu'il ne persiste pas, en un mot, une entrave, même très légère, à la circulation ?

S'il en était ainsi, avec un tissu aussi actif et aussi délicat que la substance cérébrale, cela ne suffirait-il pas pour expliquer les troubles peu marqués qu'on constate encore actuellement chez notre malade (avril 1904).

Puisque nous avons admis l'hypothèse d'un trouble de la circulation cérébrale, il convenait d'envisager également la possibilité d'une thrombose veineuse car « l'infection aime les veines ». Mais, en raison de la richesse des anastomoses des vaisseaux veineux de l'encéphale, une oblitération de l'un d'eux n'eût pas gêné la circulation en retour qui se serait immédiatement effectuée par une voie détournée, ou alors, il eût fallu admettre des lésions bien improbables par leur extension et qui n'eussent guère permis la guérison. C'est pourquoi cette hypothèse nous paraît devoir être écartée.

Qu'il nous soit permis d'ajouter, en terminant, que nous n'attachons pas plus d'importance qu'il ne convient à l'interprétation que nous avons tentée des phénomènes observés. Nous n'ignorons pas que seule l'autopsie aurait pu, dans un cas de ce genre, nous fournir les bases solides d'une interprétation vraiment scientifique. Nous estimons cependant, qu'abstraction faite de leur interprétation forcément hypothétique, les faits subsistent et que la coexistence de l'infection staphylococcique et des phénomènes paralytiques méritait d'être signalée et publiée à titre de contribution à l'étude des manifestations nerveuses de l'infection.

BIBLIOGRAPHIE

JEANNIN (C.). — Etiologie et nature des fièvres puerpérales putrides. Thèse de Paris, 1902.

HARTZ. — Ueber die Aetiologie und Prophylaxie der Puerperalerkrankungen Verunsbb. d. pelz. Aertzte Frankenthal, 1901.

MAGNIAUX. — Etiologie et nature de la fièvre puerpérale. *Normandie médicale*, 1901.

GALLANT (A. E.). — The Etiology of puerperal toxemia. *Med. News*, 1902.

DOLÉRIS. — Etiologie et nature des infections puerpérales. Congrès médecine Paris, 1900. Section d'obstétrique.

CHARLES (N'). — La lutte contre la fièvre puerpérale. Etiologie et nature des infections puerpérales. *Journal d'accouchements de Liège*, 1900.

LADAME — Congrès médecine, Paris 1900. Sect. neurologie. Aphasie motrice pure.

ROTH (M. W.).— Diagnostic de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique. Congrès de Paris 1900. Sect. neurologie.

RENDU. — Infection coli-bacillaire post-puerpérale. Embolie de la sylvienne. *Bulletin médical*, 1893.

CHANTEMESSE. — De l'aphasie pneumonique passagère. *Bulletin Médical*, 1893.

MOUISSET. — Congrès de médecine interne. Lyon 1894.

HANOT. — Société médicale des Hôpitaux, 27 mars 1896.

DUFLOC. — Société médicale des Hôpitaux, 27 mars 1896.

BERNHEIM. — De l'aphasie motrice. Thèse Paris 1900.

LAFONT. — Contribution à l'étude de l'hémiplégie puerpérale. Thèse Paris 1896.

ARON GITA. — Aphasie hystérique. Thèse Paris 1900.

SOREL. — Aphasie. Hémiplégie droite avec hémianesthésie dans la fièvre typhoïde. *Union médicale*, Paris 1883. *Bulletin et Mém. Société des Hôpitaux*, Paris 1883-1884.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

D'un très remarquable travail du docteur VACLAV PLAVEC, de Prague, paru dans le dernier numéro des *Archives internationales de pharmacodynamie et de thérapie* nous traduisons les conclusions suivantes :

1° La théobromine n'amène une importante augmentation de la diurèse que chez les hydropiques, dont l'activité cardiaque est insuffisante ; 2° C'est pourquoi la théobromine n'est pas un diurétique vrai, mais un médicament cardiaque, qui agit sur le muscle cœur et élève le nombre de ses contractions. De plus, les vaso-moteurs sont influencés par la théobromine, de sorte qu'il en résulte un abaissement modéré de la pression sanguine ; ainsi le travail du cœur est allégé de façon réelle et en même temps l'augmentation de ce travail est masqué plus ou moins pour l'observateur ; 3° L'augmentation de la diurèse par la diurèse est consécutive à l'augmentation du courant sanguin total dans les reins, et tient à la dilatation des vaisseaux rénaux du fait du travail renforcé du cœur.

MOTS DE LA FIN

Les médecins viennent d'arrêter le duel, un des combattants étant piqué au radius.

— En somme, le duel ne prouve rien, dit l'un des médecins.

— La preuve, dit l'autre, c'est que voilà encore un coup d'épée dans l'...os.

(Marseille-Médical).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Un Concours pour l'emploi de **professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales** à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Amiens, s'ouvrira le 15 mai 1905, devant la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lille.

Les épreuves du Concours sont les suivantes :

1° Composition écrite sur un sujet de pathologie interne (cinq heures sont accordées pour cette composition, qui a lieu dans une salle fermée sous la surveillance d'un membre du jury ; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé) ; 2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée, sur une question de pathologie interne, après trois heures de préparation dans une salle fermée ; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé ; 3° Epreuves pratiques : A. Epreuve de clinique médicale : examen clinique de deux malades. (Dix minutes sont accordées pour l'examen de chaque malade). Après un quart d'heure de réflexion dans une salle fermée, le candidat exposera dans une leçon orale d'une demi-heure de durée au maximum, les résultats de son examen clinique et le traitement à prescrire ; B. Une préparation extemporanée d'anatomie pathologique (quatre heures sont accordées pour cette épreuve) ; 4° Appréciation des titres et travaux scientifiques.

Les conditions du Concours sont : les candidats doivent être Français ou naturalisés Français, âgés de 25 ans accomplis, et produire le diplôme de docteur en médecine. Ils devront être inscrits avant le 15 avril 1905, au Secrétariat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille et déposer les pièces suivantes : leur acte de naissance, leurs diplômes universitaires, les thèses et travaux scientifiques qu'ils auraient publiés et une note indiquant leurs titres honorifiques, la nature et la durée de leurs services dans l'enseignement. Le suppléant est chargé de remplacer, s'il y a lieu, le professeur titulaire. Il est, en outre, chargé d'un enseignement complémentaire. Le traitement du suppléant est de 1.000 francs ; la durée des fonctions, de neuf années.

— Parmi les **distinctions honorifiques** destinées à compléter la liste parue au premier janvier, nous relevons celle de M. le docteur DECAZENOVE, de Boulogne-sur-Mer, à qui nous adressons nos félicitations.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. G.-R. LEVESQUE, de Saint-Aubin-Routot (Seine-Inférieure), a soutenu, avec succès, le vendredi 13 janvier 1905, sa thèse de doctorat (n° 16), intitulée : **La protection de la première enfance dans les cités industrielles, les crèches industrielles, étude d'hygiène sociale.**

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Ont été nommés *Chevaliers* : MM. les docteurs BONNEAU, CLOUARD, LOGERAIS, médecins-majors des troupes coloniales ; DE VACASSY, de Paris ; SOUEIX, de Saint-Girons (Ariège).

Instruction publique. — Ont été nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs ARTHAUD, de Paris ; CHABRIER, DAVESNES, DE NOULLY, DELAUNAY, de Paris ; FAYOL, de Marseille ; FORFER, de Vitry-le-François (Marne) ; FOUQUET, de Paris ; GAUTHIER, de Bordeaux ; LANDRAN, LETAILLEUR-FAURE, MAUREL, MORISSON, de Paris ; MUFETTE, de Pont-Sainte-Maxence (Oise) ; PEYSONNIÉ, de Saint-Mathurin (Maine-et-Loire).

Notre Carnet

Le 10 janvier 1905, ont eu lieu à Paris, les cérémonies du mariage du docteur Juste COLLE, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, avec mademoiselle Suzanne DEPLANCK. Nous adressons à notre excellent confrère nos meilleurs souhaits de bonheur.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Auguste BÉAL, du Mont-Dore (Puy-de-Dôme) ; HERPIN, de Livry (Seine-et-Oise).

HAETTIGER, étudiant à l'Ecole de médecine navale de Rochefort.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel théorique et pratique des autopsies, par ZILGIEN, A. Maloine, Libraire-Editeur. 25-27, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 1 vol. in-18, format de poche.

Le cadavre est un livre qu'il faut savoir : 1° Couper et ouvrir convenablement ; 2° Lire et déchiffrer.

Or, il n'est pas aussi facile que le pensent les personnes inexpérimentees d'ouvrir convenablement un cadavre. Il ne s'agit pas seulement d'interpréter et de cataloguer les lésions, mais il s'agit encore et surtout de ne pas les laisser passer inaperçues faute de savoir les dépister. Chargé depuis de nombreuses années de conférences d'autopsies, ce sont des constatations que l'auteur a pu faire, parce que l'on n'a pas toujours présent à l'esprit les variétés pathologiques propres à chaque organe.

A la suite du *modus faciendi*, l'auteur a résumé les principaux caractères de chaque organe et donné en appendice les caractères macroscopiques des tumeurs. Ainsi le praticien saura, au fur et à mesure qu'il pratiquera une ouverture ou un examen de tissu, quelles altérations pathologiques il aura à rechercher, et quelles particularités il aura à constater dans ces lésions.

Cet ouvrage est destiné à être consulté à la salle d'autopsiés comme on consulte un livre de diagnostic à l'hôpital.

OUVRAGES REÇUS

Traitement chirurgical de la cirrhose du foie, par le professeur MONPROFIT, d'Angers, Paris, *Institut international de bibliographie scientifique*, 1904.

— **Rapports sur le fonctionnement du service chirurgical en 1903-1904 du Sanatorium de Saint.Pol-sur-Mer**, par MM. les docteurs LAMBRET, LE : ORT, GAUDIER et BACHMANN, Lille, *C. Robbe*, 1904.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

53e SEMAINE, DU 25 AU 31 DÉCEMBRE 1904

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	12	2
3 mois à un an	5	4
1 an à 2 ans	4	4
2 à 5 ans	3	2
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	3	2
20 à 40 ans	7	5
40 à 60 ans	5	11
60 à 80 ans	9	15
80 ans et au-dessus	3	4
Total	52	50

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	de 2 à 5 ans	plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1	1	»	»	»	1	»	2	7	3
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	2	»	»	»	»	»	»	2	»	2	»	»	2	»	1	»	»	»	6	15	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	4	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	5	13	15
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	2	»	1	»	»	2	1	5	»	»	1	»	»	1	1	»	10	24	23
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»	1	»	4	8	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	4	1	»	»	»	3	»	»	1	»	»	3	14	9
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	4	9
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	2	8	10
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4
Sud, 5,908 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	5	5
Total	»	5	»	2	»	1	»	8	13	4	13	»	1	13	»	1	2	3	»	36	102	105

Lille. - Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le Gerant : Th. CLERQUIN.

N° 419. Neuvième Année. N° 4. Le Numéro : 10 centimes 22 Janvier 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Remarques sur le diagnostic radioscopique des anévrysmes de l'aorte

par le docteur **G. Bédart**.
Professeur agrégé, chef des travaux de physiologie

Le diagnostic des anévrysmes thoraciques de l'aorte, souvent très difficile pour ne pas dire impossible tout au début de l'affection, est basé à la période d'état sur un ensemble de symptômes dits classiques, dont la réunion était considérée comme donnant la certitude classique de l'existence de l'anévrysme.

Les rayons X ont cependant ébranlé cette certitude en montrant que l'inégalité du pouls des radiales, la pulsation supra-sternale, la sensation du thrill, l'inégalité pupillaire, les bruits trachéaux, les crises d'angor pectoris, la dysphagie, etc., etc. présentés par un malade peuvent exister sans anévrysme de l'aorte.

D'autre part, beaucoup de faux diagnostics d'anévrysmes de l'aorte ont été portés, au début de radioscopie, toutes les fois que l'on trouvait, à gauche de l'ombre de la colonne vertébrale ou du sternum, une ombre animée de mouvements pulsatils ; si je ne me trompe, c'est HOLZNECHT qui le premier posa cet aphorisme radioscopique. « Toute ombre animée » de battements et apparaissant au-dessus de l'ombre » du cœur n'est pas sûrement révélatrice de la » présence d'un anévrysme » ; d'autres auteurs, notamment DUNSTREY, ont recommandé depuis beaucoup de circonspection dans l'interprétation des ombres juxta-cardiaques trop facilement prises pour des anévrysmes.

Il y a cinq ans j'ai commis la même erreur et renforcé, après examen radioscopique, le diagnostic hésitant d'un confrère sur un cas présentant quelques symptômes très nets (classiquement parlant) d'anévrysme de l'aorte.

Le malade va s'améliorant depuis cette époque, et j'aime mieux avouer mon interprétation inexacte que croire à une guérison ou à un arrêt de l'évolution de cet anévrysme, provoqués par l'action des rayons X pendant le cours des examens radioscopiques répétés.

Quelles sont donc les lésions qui peuvent simuler radioscopiquement les anévrysmes de l'aorte? Actuellement on admet que certaines tumeurs du médiastin et certains allongements de l'aorte (qui alors se déplace latéralement sur la gauche) peuvent donner lieu à ce genre de méprise.

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 9 décembre 1904.

1° *Tumeurs du médiastin.* — Williams, dans son livre : Rœngten *Rays in Medicine 1903*, y fait allusion et moi-même j'ai récemment observé le cas suivant. Mon collègue le professeur Carrière m'adressa le 18 mars 1904 un malade présentant de la dysphagie due à un rétrécissement que je pensai être dû simplement à du spasme, car, au bout de la troisième séance d'électrisation extérieure, le malade mangea, séance tenante, six macarons très rapidement et avala à pleines gorgées un grand verre d'eau, ce qui l'étonna fort, car ordinairement pareille ingurgitation aurait duré plus d'un quart d'heure ; le 30 mars, partant en vacances de Pâques, je laissai le malade avec sa dysphagie très atténuée, mais pendant mon absence, la dysphagie ayant reparu à la suite d'une contrariété, le malade tout effaré partit pour Paris se faire soigner.

Il en revint à mon retour, m'apportant une radiographie que l'on avait fait pour expliquer sa dysphagie, radiogramme paraissant, à première vue, présenter à gauche l'ombre révélatrice d'un anévrysme de la crosse aortique. Ayant immédiatement palpé et ausculté mon malade, examiné le pouls, je fus surpris de ne trouver aucun des signes classiques. Passant à la radioscopie, je trouvai à gauche l'ombre suspecte animée de battements. J'eus l'occasion de faire ausculter ce malade par mes collègues les professeurs Surmont et Ingelrans ; ils ne découvrirent aucun bruit suspect, mais furent très étonnés de ce que leur révéla l'écran fluorescent. Etant donné l'âge du malade, 49 ans, l'artério-sclérose déjà marquée, des radiales, je rapprochai ce cas de ceux cités par Joseph Sailer et Pfalher dans leur intéressant travail : *Tortuosity of the aorta*, et je pensai devoir conclure à une simple déviation flexueuse de l'aorte produite par son allongement et simulant radioscopiquement l'anévrysme, sans présenter les symptômes ordinaires de cette affection.

Ce qui survint montra que cette interprétation était peut-être erronée : après des alternatives d'amélioration et d'aggravation de la dysphagie au cours du traitement électrothérapique (toujours appliqué extérieurement en vue de modifier surtout l'état spasmodique), le malade, vers la fin de juillet, fut pris subitement de fièvre, et sa dysphagie devint presque complète.

Au bout de huit jours, il était tombé dans un tel état de marasme que, las de se faire soigner chez lui, il se fit transporter à la maison de santé de la Charité. L'examen du cœur, du poumon ne donna que des signes négatifs, comme celui fait au début de la période fébrile. Mis en observation et isolé de sa famille, le malade voyait sa fièvre et sa dysphagie s'améliorer un peu, quand brusquement, une nuit, il eut une véritable vomique de pus extrêmement fétide et rappelant l'odeur de la gangrène pulmonaire.

Radioscopé le lendemain matin, les poumons et l'interlobe ne présentaient aucune trace d'opacité ; la tuméfaction due à l'ombre de l'aorte déviée paraissait seulement légèrement affaissée. La fièvre tomba tout-à-fait pendant 48 heures, puis se rétablit avec tous les symptômes d'infection généralisée. Le malade voulut aller mourir chez lui et l'autopsie ne put être faite.

Quand j'aurai fait remarquer que les jours qui suivirent la vomique il y eut encore de l'expectoration fétide, le diagnostic d'adénite suppurée du médiastin accompagnée d'un accroissement de la dysphagie pendant la formation de l'abcès est très probable ; je ne conclus pas que la déviation de l'aorte (déjà constatée radiographiquement en avril) ait été produite par une adénite du médiastin ayant eu un développement très lent pour aboutir à une suppuration, après inflammation subite, en juillet ; mais le développement d'une adénite dans cette région a pu contribuer à l'augmentation d'une déviation de l'aorte déjà fluxueuse chez un artério-scléreux.

Peut-être le rétrécissement était-il cancéreux, avec envahissement précoce des ganglions du médiastin ayant dévié l'aorte ? rétrécissement accompagnée d'œsophagisme, et l'abcès un épiphénomène inflammatoire ? j'avoue que nous en sommes réduits à des hypothèses, l'autopsie n'ayant pu être faite.

D'une manière générale, une tumeur du médiastin peut, en se développant, faire dévier l'aorte et donner à son ombre mobile à chaque pulsation une place anormale ; les bourgeonnements d'une tumeur du médiastin peuvent dans leur prolification venir se placer au-dessus de l'aorte et leur ombre pulsatile (par la poussée du vaisseau situé au-dessous), en imposer aussi pour une aorte déviée ou un anévrysme au moment de la radioscopie ; et cela d'autant plus que certains symptômes sont communs à l'anévrysme et à la tumeur du médiastin : dysphagie, raucité de la voix, angine de poitrine, inégalité des pupilles.

Williams rapporte un cas, où une radioscopie chez un sujet, présentant certains symptômes d'anévrysme le laissa indécis sur l'explication d'une ombre sus-

pecte, l'autopsie démontra la présence d'un lymphadénome de la grosseur d'une orange.

Il y a bien une différence, remarque cet auteur, entre la mobilité d'une ombre due à l'anévrysme qui se déplace et s'élargit à chaque pulsation, et celle d'une tumeur se déplaçant sans s'élargir, mais elle est souvent difficile à établir.

2° *Allongements flexueux de l'aorte.* — La crosse de l'aorte présente deux points fixes : l'orifice ventriculaire, puis l'endroit où elle vient s'appuyer contre la colonne vertébrale au niveau de la cinquième dorsale; les gros vaisseaux du cou émergeant de la convexité de l'aorte empêchent cette convexité de s'abaisser, d'autre part, l'espace entre les côtes, le sternum et la colonne qui limite le thorax en haut, au niveau de son ouverture, est comblé par la trachée, l'œsophage, les gros vaisseaux. Dans ces conditions, lorsqu'entre les deux points fixes la crosse de l'aorte, soumise à l'effort de la poussée ventriculaire, perd de son élasticité et s'allonge progressivement, elle ne peut trouver à se loger qu'en repoussant le sommet du poumon gauche facilement dépressible. Son ombre pulsatile apparaît alors à gauche de la colonne vertébrale, cette particularité est fréquente et se montre surtout chez les personnes âgées qui ne présentent aucun symptôme clinique.

La dilatation de l'aorte, qui donne parfois à l'écran une ombre pulsatile débordant à droite et à gauche, a été souvent prise pour un anévrysme; mais la flexuosité simple avec allongement de l'aorte et déplacement de la crosse vers la gauche donne une ombre suspecte qu'il ne faut pas prendre toujours pour un anévrysme. Holzknecht, sur 46 cas présentant cette ombre suspecte pulsatile, n'a trouvé que six anévrysmes confirmés par la suite !

Joseph Sailer et Pfahler *(in Acta Colleg. Med. Philadelp.* 1903), ont publié le récit détaillé des résultats radioscopiques et cliniques pour 18 malades présentant l'ombre suspecte à gauche avec symptômes plus ou moins nets et plus ou moins nombreux de l'existence probable d'anévrysme. Leur examen radioscopique bien dirigé et bien interprété prouva l'existence de simples flexuosités de l'aorte (tortuosity of the Aorta), au lieu d'anévrysmes.

Voici le résumé des symptômes cliniques présentés par ces malades et coïncidant avec l'ombre de la flexuosité.

Sur 18 cas :

A.	*Inégalité du pouls*	10 fois
	Pouls plus fort à droite qu'à gauche .	9 »
B.	*Inégalité des pupilles*	3 »
C.	*Pulsation supra-sternale*	12 »
D.	*Bruit trachéal*	11 »
E.	*Sensation de thrill* par pression légère ou sans pression sur les gros vaisseaux du cou	9 »
F.	*Murmure systolique* se propageant dans les vaisseaux du cou	11 »
G.	*Dyspnée*	12 »
H.	*Douleur précordiale*	7 »

Récemment j'ai eu à examiner un cas semblable avec mon collègue le Professeur Surmont et nous avons conclu à une déviation à gauche de la crosse allongée.

Sur les dix-huit observations présentées par Sailey et Pfahler, quatre donnent les résultats de l'autopsie qui prouva l'existence 1° d'une déviation de la crosse allongée avec des lésions athéromateuses dans trois cas ; 2° de la dilatation surajoutée à l'athérome, deux fois seulement.

Conclusions. — Il est encore difficile de toujours diagnostiquer par la seule radioscopie les anévrysmes de l'aorte ; car les lésions athéromateuses peuvent amener une élongation et un déplacement de la crosse aortique donnant des ombres suspectes pour l'écran.

De plus ces ombres pseudo-anévrysmales peuvent coïncider avec d'autres symptômes communément observés dans l'anévrysme vrai de l'aorte ; ce qui complique beaucoup le diagnostic, et impose beaucoup de réserves dans certains cas.

Quelquefois, au contraire, l'examen radioscopique impose immédiatement le diagnostic d'anévrysme, qu'il permet de déceler à un stade de son développement où il ne donne pas encore de signes cliniques. Souvent aussi, dans le cas d'anévrysme diagnostiqué, les rayons X produisent des résultats beaucoup plus précis sur le siège et la dimension de la lésion que les procédés d'exploration ordinaires, ils donnent toute facilité pour suivre les progrès ou les rémissions dans l'évolution plus ou moins rapide de la maladie et aident au pronostic.

Enfin les rayons X permettront aussi de diagnostiquer une simple élongation de l'aorte, chez un malade présentant les signes classiques de l'anévrysme de la crosse.

Épilepsie et maladies intercurrentes (1)

par MM. les docteurs
Chardon, directeur médecin et Raviart, médecin adjoint
de l'asile d'Armentières.

Rien n'est plus curieux que la double influence exercée par les processus infectieux sur la genèse et l'évolution des manifestations de l'épilepsie.

Tantôt, c'est à la suite d'une maladie infectieuse que pour la première fois la névrose apparaît chez un individu, tantôt chez un malade depuis longtemps épileptique une maladie fébrile détermine l'apparition de crises subintrantes à la suite desquelles le malade succombe, ou au contraire, et c'est ce qui se passe le plus souvent, exerce une action suspensive et même curatrice sur l'épilepsie.

Toutes les maladies infectieuses peuvent exercer cette action : dès 1881, Séglas signalait l'influence utile et durable exercée par la *pneumonie*, le *rhumatisme articulaire aigu*, l'*érysipèle*, la *septicémie*, la *scarlatine*, la *pleurésie* ; Quériaud, celle de la *tuberculose pulmonaire* et de l'*anthrax* ; Féré, celle de la *vaccine*.

Le *paludisme* qui, dans certains cas, arrête les accès d'épilepsie, a exercé dans quatorze cas, publiés par Marandon de Montyel, une action contraire. La *fièvre typhoïde*, que Dide a montrée créant l'épilepsie de toutes pièces, révélant une épilepsie latente, augmentant le nombre des crises chez un épileptique constitué ; que Marie et Buvat ont montrée déterminant dans plusieurs cas des accès sériels suivis de mort, et que Launois a vu augmenter les accès convulsifs suspendus par l'*érysipèle*, est susceptible d'exercer une action d'arrêt, c'est ce qui s'est passé dans les cas de Pellissier et de Bourneville. Dans un cas rapporté par l'un de nous (2) les crises cessèrent dès la période d'incubation pour ne reparaître que trente-cinq jours plus tard, alors que la malade entrait en convalescence, il est vrai que les attaques furent alors plus violentes qu'auparavant. Dans le même article nous relations une série d'observations dans lesquelles l'action d'arrêt avait encore été exercée chez des épileptiques de l'asile de Bailleul par la *grippe*, l'*embarras gastrique fébrile*, l'*angine*, l'*ictère*, la *scarlatine*, la *variole*, l'*érysipèle* et la *tuberculose*. Sauf chez les tuberculeuses qui tombaient moins au fur et à mesure que leur affection pulmonaire évoluait, et chez l'ictérique qui cessa de tomber, les accès reparurent chez les malades observées.

Nous avons cru utile de publier aujourd'hui les quelques faits suivants observés à l'asile d'Armentières.

Dans le courant de 1904 une véritable épidémie de *broncho-pneumonie* sévit dans le quartier des enfants idiots et épileptiques, et nous avons eu l'occasion dans deux cas de voir cette affection exercer sur l'épilepsie une action manifeste :

Observation I. — Maurice L..., âgé de dix ans, devenu idiot et épileptique à la suite de convulsions survenues à l'âge de trois ans, tombait environ trois fois par semaine. Atteint de broncho-pneumonie grave, présentant un état fébrile très marqué, le thermomètre montait à 40° le soir, le nombre des crises augmenta aussitôt et bientôt le malade en eut jusque trente-deux dans la journée ; il succomba quelques jours plus tard dans un véritable état *de mal*.

Observation II. — Alfred H..., âgé de quatorze ans, sans antécédents héréditaires, présente à la suite de convulsions de l'enfance un certain arrêt de développement des facultés intellectuelles et de nombreuses attaques d'épilepsie, dont les premières remontent à l'âge de sept ans.

Admis à l'asile en février 1903, on note chez lui de nombreuses crises, quinze à vingt par mois, présentant tous les caractères des crises d'épilepsie. En mars 1904, il fait une broncho-pneumonie grave, au cours de laquelle il a un nombre considérable d'attaques, près de quarante dans la même journée, puis tandis que l'affection broncho-pulmonaire guérit, les crises cessent pour ne plus reparaître.

On remarqua en outre, que l'enfant paraissait plus intelligent qu'avant la broncho-pneumonie, qu'il parlait beaucoup mieux.

Cinq mois plus tard, il eut un abcès du périnée, fit de l'infection, et fut emporté par une méningite suppurée sans que les crises d'épilepsie aient reparu.

Dans la première observation, l'action défavorable a été des plus nettes, et nous voyons le malade succomber dans un état de mal déterminé par l'infection.

Dans l'observation suivante, au contraire, la même affection, après avoir également produit une sorte d'état de mal, a exercé une action d'arrêt définitive sur l'épilepsie.

Dans l'observation suivante, la *rougeole*, la *grippe* et une *entérite* ont successivement exercé sur les crises une action d'arrêt :

Marie Louise M..., douze ans, dont la mère est nerveuse, dont un frère est mort de convulsions à huit mois ; eut à l'âge de dix mois une fièvre cérébrale et consécutivement des attaques frustes d'épilepsie

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 8 juillet 1904.

(2) Raviart et Leuridan. Epilepsie et maladies intercurrentes, *Echo médical du Nord*, 1900, p. 101.

qui allèrent en augmentant jusqu'à l'âge de cinq ans. A cette époque elle fit une *rougeole* grave au cours de laquelle les crises n'apparurent pas, durant deux ans le malade n'en eut plus. C'est alors qu'à la suite d'une chute, allant à la balançoire elle tomba sur le dos et la nuque et resta étourdie quelques instants, les crises reparurent de plus en plus fortes.

Il y a un an à la suite d'une *grippe* très grave qui faillit l'emporter, les crises cessèrent de nouveau pour reparaître progressivement cinq à six semaines après.

En ce moment même, cette fillette sous l'influence d'une *entérite* dont nous n'avons pas déterminé la nature, a de nouveau cessé de tomber. Elle tombait trois et quatre fois par jour depuis son entrée, était extrêmement turbulente, lorsque il y a dix jours survint de la diarrhée accompagnée d'élévation de température, et d'abattement. Aussitôt les crises diminuèrent de fréquence, puis cessèrent complètement.

Aujourd'hui la diarrhée persiste, le thermomètre monte à 39°2. les crises n'ont pas reparu, la malade est très tranquille. Peut-être allons nous voir les crises cesser une fois encore après cette troisième infection.

La *fièvre typhoïde* a exercé une action d'arrêt très nette, dans le cas suivant :

Paul R. 14 ans, épileptique depuis l'âge de 10 ans, est entré à l'asile d'Armentières le 26 avril 1904. Il présentait 8 à 10 crises d'épilepsie par mois, crises survenant surtout la nuit, suivies d'une période de confusion intellectuelle et souvent d'actes de violence.

Le 15 juillet, apparurent chez lui les premiers signes d'une fièvre typhoïde qui évolua régulièrement. Pendant les 15 premiers jours de son affection, le malade n'eut que trois crises, puis en eut deux à la fin de la défervescence au milieu d'août, en eut une seule en septembre, deux en octobre, et n'est plus tombé une seule fois ces deux derniers mois.

La *tuberculose* enfin paraît avoir déterminé la cessation des crises dans le cas suivant :

Jules H., vingt-quatre ans, atteint depuis l'enfance d'idiotie et d'épilepsie, avait, tantôt le jour, tantôt la nuit, de violentes attaques d'épilepsie survenant au moins toutes les semaines et par série. Or, un an avant la mort, ces crises cessèrent tandis qu'une tuberculose pulmonaire évoluait chez lui. L'autopsie nous permit de constater, outre des lésions de tuberculose pulmonaire très étendues, une pachyméningite hémorragique bilatérale avec calcification partielle de la dure-mère, hématomes ayant comprimé les hémisphères qui présentaient une atrophie fort marquée d'un grand nombre de circonvolutions.

En réalité rien de bien régulier n'est constaté dans cette action des maladies infectieuses sur l'épilepsie, et il est curieux de voir la fièvre typhoïde par exemple exercer tantôt une action favorable, tantôt une action très défavorable sur la marche des accidents. L'obscurité qui entoure encore les causes de l'épilepsie ne nous permet pas de chercher actuellement ici l'explication des phénomènes que nous avons rapportés.

1° De l'absence de spasticité dans l'hémiplégie cérébrale ; 2° De l'origine corticale de l'épilepsie essentielle (*à propos du cas de* MM. Raviart et Chardon) (1).

Par **L. Ingelrans**, professeur-agrégé à la Faculté.

A la séance du 10 juillet dernier, M. Raviart, en collaboration avec M. Chardon, a présenté une très intéressante communication concernant une paralysie flasque du bras gauche par ramollissement cérébral chez un épileptique. Les détails de l'observation en question n'ayant été publiés qu'à la fin de 1904, nous avons dû attendre jusqu'à présent pour signaler les considérations que ce cas nous suggère.

L'observation est en effet remarquable surtout par deux points. D'abord, la flaccidité permanente du membre paralysé pendant dix-huit années (de 1886 à octobre 1903) ; en second lieu, le fait que les attaques d'épilepsie généralisée qui dataient de cinq années avant le ramollissement cérébral ont respecté complètement le bras paralysé pendant les dix-huit ans qui ont suivi l'apparition de cette lésion. C'est sur ces deux points que nous désirons faire quelques réflexions, montrant quel intérêt réellement capital ils offrent au point de vue de la pathogénie de la contracture des hémiplégiques d'une part et de celle de l'épilepsie essentielle d'autre part.

I. Les altérations cérébrales qui causent des hémiplégies entraînent dans la règle des hémiplégies spasmodiques. La contracture tardive ou permanente des hémiplégiques apparaît en général de la sixième semaine au troisième mois après l'attaque. Il arrive pourtant, mais c'est rare, que la paraplégie reste flasque comme dans le présent cas.

On n'est pas encore fixé sur la physiologie pathologique de la contracture : on ne sait pas encore absolument, par conséquent, pourquoi la contracture est habituelle et pourquoi la flaccidité exceptionnelle. Néanmoins, de nombreuses théories ont été émises et parmi elles, une des plus intéressantes est celle que soutient Van Gehuchten (*Société belge de Neurologie*, 6 février 1897). Or, le cas de MM. Raviart et Chardon semble étayer cette théorie d'une certaine manière, ainsi qu'on va le voir.

(1) Communication à la Société de médecine du Nord, le 13 janvier 1905.

M. Van Gehuchten fait d'abord remarquer que toute hémiplégie de cause cérébrale n'est pas suivie de contracture. Pourtant, dit-il, dans les cas d'hémiplégie flasque sans contracture, tout porte à croire que la dégénérescence secondaire des fibres pyramidales et la sclérose consécutive s'établissent comme dans les hémiplégies suivies de contracture (et, en effet, ces altérations existaient dans le cas Raviart et Chardon). Si, malgré cela, continue Van Gehuchten, la contracture fait défaut, c'est que cette contracture ne peut être attribuée ni à la dégénérescence, ni à la sclérose. Il admet donc que la contracture en flexion post-hémiplégique est due à une contraction musculaire, elle-même conséquence immédiate de la paralysie incomplète des fléchisseurs. « Or, dit-il, si les muscles fléchisseurs sont incomplètement paralysés, nous devons en conclure que la cause de l'hémiplégie n'a pas détruit toutes les fibres corticales destinées au membre supérieur, mais a respecté un certain nombre de ces fibres en connexion avec le groupe des muscles fléchisseurs ».

Si la lésion détruit toutes les fibres destinées au membre supérieur, la paralysie consécutive se montrera au même degré dans le groupe des muscles fléchisseurs et dans le groupe des muscles extenseurs. Cette hémiplégie restera flasque. Si la lésion respecte quelques-unes des fibres innervant le groupe des muscles fléchisseurs, la contracture surviendra avec le type de flexion. La contracture post-hémiplégique est, pour Van Gehuchten, la résultante de l'état fonctionnel spécial dans lequel, à la suite de la lésion destructive, se trouvent, l'un par rapport à l'autre, les différents groupes musculaires du membre affecté. Si tous les muscles sont frappés au même degré, l'hémiplégie restera flasque.

Eh bien, l'autopsie du malade d'Armentières montre un vaste foyer de ramollissement avec infiltration celluleuse. La lésion est extrêmement profonde et il est certain qu'elle n'a dû respecter aucune cellule dans le centre du membre supérieur; tout est détruit et, par conséquent, le groupe des muscles fléchisseurs ne recevant plus aucune innervation, la contracture n'a pu se produire, si on adopte les vues de Van Gehuchten; au contraire, le membre inférieur paralysé n'était pas flasque parce que son centre était beaucoup moins atteint, c'est pourquoi nous disions que ce cas vient singulièrement à l'appui des idées du professeur de Louvain, sans pour cela que nous les considérions comme de tout point démonstratives, car on peut leur faire plus d'une objection à d'autres égards.

II. Consécutivement à la destruction complète du centre des mouvements du membre supérieur gauche, les convulsions épileptiques ne s'étendaient plus à ce membre.

« Il est ainsi démontré une fois de plus, disent MM. Raviart et Chardon, que le rôle prépondérant dans la genèse de l'épilepsie est dévolu à la substance corticale du cerveau et que l'intégrité du centre moteur cortical du membre est nécessaire pour que les mouvements convulsifs de l'attaque s'étendent à ce membre ».

Nous croyons, en effet, avec ces auteurs, que leur cas peut servir à cette démonstration; mais quand ils disent « une fois de plus » ils semblent croire que cette démonstration a été établie bien souvent par des faits probants antérieurs. Nous pensons, au contraire, que leur cas est exceptionnellement important à cet égard et que l'expression « une fois de plus » ne le met pas assez en saillie, eu égard à l'intérêt qu'il offre. Effectivement, pour l'épilepsie jacksonnienne, l'origine corticale paraît bien et dûment établie, mais pour l'épilepsie vulgaire, si cette origine corticale est infiniment probable, elle n'est pas aussi bien assise : certains auteurs ne l'admettent pas complètement (Binswanger, etc.), et, par suite, toute observation capable de la soutenir vaut qu'on y insiste. Or, à côté du présent cas, y en a-t-il beaucoup d'autres? Nous avons trouvé, en tout et pour tout, dans Oppenheim (*Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 3e édition, 1902, p. 1048), les lignes suivantes : « En faveur de l'origine corticale de l'épilepsie plaide l'histoire de malades qui n'ont plus eu de convulsions dans le côté paralysé, à la suite d'interruption totale des voies motrices dans la capsule interne. Il existe aussi une intéressante observation d'un homme qui vit une épilepsie datant de dix ans disparaître après une apoplexie suivie d'hémiplégie ». Il ne paraît pas à cette lecture, on le voit, que des faits de ce genre aient été fréquemment rencontrés.

N'est-ce pas un cas clinique probant que celui de MM. Raviart et Chardon? Précisément là où l'écorce manque totalement, les convulsions font totalement défaut et elles éclatent partout ailleurs.

C'est, réalisée par la clinique, l'expérience même que font les physiologistes pour montrer l'origine corticale de l'épilepsie *partielle*. En décembre 1877, à

la *Société de biologie*, François Franck et Pitres ont signalé ce fait imprévu, que des excitations intenses appliquées sur la coupe des faisceaux blancs, après ablation de l'écorce au niveau de la zone motrice, ne provoquent pas de convulsions épileptiformes, et cela sur les mêmes animaux dont l'excitation corticale beaucoup moins énergique avait provoqué de grands accès convulsifs. De plus, si on détruit, chez un chien, le territoire de substance grise dont l'excitation détermine des mouvements limités dans un des membres du côté opposé du corps et si, quatre jours après, on excite le faisceau de substance blanche sous-jacent, on constate qu'il est inexcitable (Albertoni et Michieli, *Lo sperimentale*, février 1876). Dans ces conditions, l'épilepsie partielle peut rester limitée aux parties du corps conservant leur centre cortical et respecter le membre correspondant à la région du cortex enlevée. Chez l'homme, dans certains cas de monoplégie d'origine corticale, accompagnés d'épilepsie *partielle*, les convulsions respectent le membre paralysé.

La crise épileptique, écrit M. Morat, naît exclusivement de l'excitation de l'écorce et nullement de celle de la substance blanche, toutes les fois que la première a été soigneusement enlevée. — Lorsqu'une excitation sur l'écorce a été plusieurs fois renouvelée, celle-ci en garde chaque fois quelque chose et voit bientôt son irritabilité très augmentée : l'excitation peut alors donner lieu à des crises épileptiques.

Ainsi, le rôle de l'écorce est bien établi : pour que l'épilepsie naisse, il faut que les excitations successives trouvent un système qui en garde chaque fois quelque chose et voie ainsi son irritabilité très augmentée, de sorte qu'une nouvelle excitation surajoutée fasse éclater la crise. Toutefois, ce rôle n'est définitivement établi que pour l'épilepsie partielle : c'est elle, en effet, qui se produit dans l'excitation corticale ; des convulsions localisées ont toujours lieu d'abord dans les muscles en rapport avec le point irrité du cortex (Hughlings Jackson) ; ultérieurement, elles peuvent se généraliser.

En revanche, le rôle du cortex n'est pas si bien démontré dans la genèse de l'attaque d'épilepsie vulgaire, puisque d'ailleurs on a publié même des cas cliniques où l'épilepsie partielle aurait eu une origine sous-corticale en dépit des enseignements de la physiologie. Toutefois, il est probable qu'actuellement on peut dire, avec Brissaud et Souques, qu'ils n'infirment pas une règle que l'ensemble des faits affirme universellement et que, du reste, il s'agit de tumeurs — lésions à manifestations diffuses —, ou de foyers encapsulés, c'est-à-dire capables de rétraction et d'irritation à distance. Mais enfin, il n'est pas inutile de rappeler ici ces principales observations, pour faire ressortir l'intérêt d'un cas où une destruction limitée, mais complète, du cortex, supprimait en ce point l'action épileptogène qui persistait partout ailleurs, chez un comitial vulgaire.

Westphal (*Berl. kl. Woch.*, déc. 1880) signale un malade atteint d'épilepsie du côté gauche avec intelligence intacte et hémianopsie. Foyer d'encéphalite dans la substance blanche occipito-pariétale droite ; intégrité du cortex.

Osler (*Am. Journ. of med. sc.*, janvier 1885) cite un épileptique par gliome de la substance blanche. Bouveret (*Lyon méd.*, 28 sept. 1884) a vu une épileptique par lésions centrales (ramollissement et kystes) ; mais les circonvolutions étaient aplaties.

Taddeo de Hiéronymis (*Riforma medica*, 1887) signale une épilepsie par kystes dans la substance blanche.

Duflocq (*Revue de médecine*, février 1891), a fait une autopsie où un kyste sanguin très ancien et bien encapsulé, sans aucun point de contact avec le cortex, entraînait des crises épileptiques. Touche (*Société anatomique*, 1900), trouve une hémorragie sous-corticale des circonvolutions ascendantes amenant l'épilepsie. Enfin, Dejerine (*Sémiologie du système nerveux*, p. 523), trouve un tubercule à un centimètre de l'écorce, donnant également des attaques. Ces quelques citations montrent l'intérêt majeur d'une autopsie où une destruction limitée et absolument complète du centre du membre supérieur empêche à tout jamais les convulsions de ce membre chez un comitial vulgaire. On peut faire ici pour l'épilepsie essentielle la réflexion de Brissaud concernant l'épilepsie partielle : « La preuve la plus péremptoire de l'origine corticale réside surtout dans ce fait que les lésions destructives de l'écorce, et en particulier le ramollissement définitif et complet de la zone motrice n'ont presque pas le droit de figurer dans l'histoire de cette épilepsie, tandis que les polio-encéphalites du même territoire vasculaire y occupent la plus grande place ».

Si on n'admettait pas l'origine corticale de l'épilepsie, on pourrait objecter au cas de MM. Raviart et Chardon que les fibres motrices émanées du centre détruit étaient dégénérées et qu'ainsi on ne peut pas

dire que seule l'écorce était touchée. Mais, d'abord, il sera toujours impossible de rencontrer un cas à l'abri de ce reproche, car les faisceaux blancs, séparés de l'écorce, commencent rapidement à dégénérer et sont complètement inexcitables au niveau de la section, vers la 96e heure à dater de l'opération (François FRANCK) : c'est le temps qu'il faut au bout périphérique d'un sciatique coupé pour se montrer également inexcitable (ALBERTONI). D'autre part, en présence de deux hypothèses dont l'une (celle de l'origine corticale), s'appuie sur la démonstration qui a été faite de son bien fondé dans l'épilepsie partielle tandis que l'autre (celle de l'origine sous-corticale) a tout contre elle, la logique commande de conclure que c'est la lésion primitive, celle de l'écorce, de qui dépendent tous les phénomènes observés.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Dr Michel DE CHABERT. — **Le Corps médical dans le Nord depuis 1789 (les diverses classes de praticiens, leurs origines, leur répartition).** Lille, *Le Bigot frères*, 1904. In-8°, 309 pages.

On étudie peu l'histoire de la médecine. L'histoire du droit intéresse tous les juristes et est régulièrement enseignée dans les facultés de droit. Combien parmi les médecins sont curieux des doctrines ou des institutions médicales du passé? La chaire d'histoire de la médecine de la Faculté de Paris,— la seule faculté française qui possède cet enseignement, créé par une libéralité privée, — est en fait une chaire d'attente dont le titulaire, sachant qu'il l'occupera bien peu de temps, guette impatiemment la permutation possible. Les travaux sur les questions médico-historiques sont donc rares. Cependant, comme à la Faculté de médecine de Lille nous sommes jusqu'à deux ou trois qui nous intéressons à ces choses, de temps à autre un élève risque une thèse sur un sujet de ce genre. C'est ce que vient de faire, sous l'inspiration de M. le professeur SURMONT, M. le docteur Michel DE CHABERT.

Son mémoire porte pour titre : *Le Corps médical dans le Nord depuis 1789*. Peut-être eût-il été mieux nommé : *Le Corps médical dans le Nord aux* XVIIIe *et* XIXe *siècles ;* car il débute par des préliminaires assez longs où l'auteur examine la situation de la profession médicale et de l'enseignement de la médecine à la veille de la Révolution et même quelque temps auparavant, particulièrement dans la Flandre française, mais aussi un peu par toute la France. Et cette sorte de préface n'est pas la moindre partie de l'œuvre.

***

Avant 1789, le corps médical était loin de se composer comme aujourd'hui d'une seule classe de praticiens. Il était formé d'une série d'éléments disparates, dont les deux principaux étaient les médecins et les chirurgiens. La situation des premiers n'a guère d'importance locale ; ce qui se passait en Flandre était à peu près pareil à ce qui se passait dans tout le reste du pays. Au contraire, les corporations de chirurgiens étaient soumises à des règlements qui variaient beaucoup selon les provinces.

Les médecins appartenaient alors à une classe sociale assez distinguée, à l'inverse des chirurgiens qui se recrutaient dans un milieu plus modeste. Les études des médecins se faisaient toujours dans une faculté de médecine du royaume, c'est-à-dire dans une université. En 1789, sur les dix-huit facultés de médecine existant en France, il n'y en avait guère que dix possédant une certaine activité, dont quatre dans la région du Nord-Est : Douai, Nancy, Reims et Strasbourg. La scolarité et les examens étaient assez analogues sinon uniformes dans ces dix facultés. Elles conféraient trois grades successifs : baccalauréat, licence, doctorat. La licence suffisait pour donner le droit d'exercice.

L'élève chirurgien ne faisait pas d'études régulières et spéciales. Il était considéré comme un artisan qui débute, comme un apprenti ouvrier. L'enseignement était absolument individuel : chaque chirurgien avait une escorte de un ou de plusieurs *garçons* qui l'aidaient dans ses opérations. Certaines villes organisaient un enseignement collectif pour ces jeunes gens. A Lille en particulier, à la suite de l'initiative prise par un jeune chirurgien d'armée qui devait devenir le célèbre Jean Louis PETIT, et qui, tenant garnison à Lille vers 1694, en qualité d'aide-major des armées royales, y fit bénévolement des leçons de chirurgie, le magistrat ouvrit des cours publics et gratuits et établit des examens, et pour ceux qui désiraient devenir maîtres en chirurgie et pour les chirurgiens de seconde catégorie dits *de légère expérience*. A côté de ces gradués évoluaient d'autres opérateurs inférieurs, praticiens sans diplômes, qui ne se livraient qu'à la pratique d'une seule opération ou à la cure d'une seule espèce de lésions : les rebouteurs, les dentistes, les opérateurs de la taille, de la hernie, de la cataracte. On voit que, parmi les opérations abandonnées aux empiriques tolérés, figuraient des interventions que nous considérons aujourd'hui comme des plus importantes et des plus délicates.

Le médecin ou le chirurgien, une fois pourvu d'un titre régulier, n'était pas encore libre d'exercer sa profession. Dans la plupart des villes importantes il devait en outre se faire agréger au collège ou à la corporation des médecins et des chirurgiens de la cité. C'est d'après les tableaux et papiers de ces collèges, recherchés et retrouvés soit aux archives communales soit dans des collections privées, que

M. de Chabert, a pu établir le nombre des praticiens des diverses catégories exerçant en 1789 dans la châtellenie de Lille.

⁂

Après ces prolégomènes dont je me suis laissé entraîner à parler un peu longuement, l'auteur aborde le véritable sujet de son travail. Il raconte la suppression des universités, facultés et collèges, prononcée par la Convention le 15 septembre 1793. De ce fait, la faculté de médecine de Douai, le collège des médecins de Lille et des autres grandes villes du Nord, l'école et le collège de chirurgie de Lille, les collèges de chirurgie de Dunkerque, de Douai, de Cambrai avec les cours qui leur étaient annexés tels que les cours d'accouchement de Lille et de Cambrai, tout cela disparaissait du même coup. On vit alors se répandre sur la contrée une nuée de charlatans, d'empiriques, de guérisseurs qui ne tardèrent pas à faire sentir partout leurs ravages. Des plaintes s'élevèrent de tous côtés, émanant de particuliers, de groupes de citoyens, de conseils municipaux. Les villes s'émurent et cherchèrent à restaurer des cours isolés dont l'ensemble reconstituerait à peu près les institutions abolies. On fit appel au dévouement des anciens maîtres dont quelques-uns avaient bénévolement continué leurs leçons et qui d'ailleurs n'avaient pas cessé leur enseignement individuel auprès d'élèves qui les accompagnaient, appliquant ainsi à toutes les branches de l'art de guérir cette sorte d'apprentissage qui avait existé durant des siècles pour les garçons chirurgiens. Cette période tourmentée et incohérente aboutit à la loi de ventôse an XI (10 mars 1803) sur l'exercice de la medecine, laquelle loi régit la pratique de l'art médical en France jusqu'aux dernières années du siècle qui vient de finir, bien que quelques parties de cette loi fussent très vite tombées en désuétude, par exemple le doctorat spécial de chirurgie qui fut en réalité aboli bien avant que la loi de 1892 consacrât définitivement sa suppression. Il n'y eut jamais plus de quatre docteurs en chirurgie dans le Nord (en 1808). En 1852, il n'y en a plus qu'un seul, à Lille ; et, à partir de 1860, il n'y en a plus du tout.

Je ne puis analyser en détail les dispositions de cette loi de ventôse et ses conséquences relatives à l'enseignement et à l'exercice de la médecine chez nous, non plus que reproduire la répartition du corps médical dans le Nord pendant la période révolutionnaire et depuis. Je veux seulement dire quelques mots d'une institution singulière qui, née de circonstances très spéciales, survécut cent ans à ces circonstances, parfaitement détournée du reste de son objectif originel ; il s'agit de la classe des officiers de santé.

En 1793, on avait supprimé universités, facultés, collèges, corporations et désorganisé le recrutement médico-chirurgical juste à l'heure où s'ouvrait la période des grandes guerres. Aux blessés des champs de bataille il manquait des médecins. On voulut en improviser. De là naquit cet être hybride, moitié civil, moitié militaire, moitié chirurgien, moitié médecin, l'*officier de santé*, dont la dénomination même indique que l'on voyait surtout en lui le médecin d'armée.

Le 14 frimaire an IV, il fut établi à Paris, Strasbourg et Montpellier des *Écoles de santé* destinées à faire des officiers de santé. « Une bonne conduite, des mœurs pures, l'amour de la République et la haine des tyrans », joints naturellement aux premiers éléments des sciences exactes, de la chimie, de la physique et de l'histoire naturelle, furent les conditions d'entrée aux écoles de santé.

Les demandes d'entrée à ces écoles n'affluèrent point, car six semaines plus tard, en nivôse, des décrets draconiens réquisitionnaient des citoyens de dix-sept à vingt-six ans pour être envoyés dans lesdites écoles. Des enseignements accessoires sont ouverts dans les hôpitaux militaires ou civils de Lyon, Toulouse, Rouen, Bordeaux, Douai, Nancy, etc.., où siègeront aussi des jurys d'examen. Examen bien sommaire puisque le chirurgien Desault, ne demandait au début que six mois pour former des officiers de santé.

Les guerres de la République et du Directoire eurent lieu avec ce personnel d'assistance médicale si défectueux. En 1803, la loi de ventôse an XI sur l'exercice de la médecine en France, loi dont nous avons parlé déjà, établit deux ordres de praticiens : les docteurs en médecine ou en chirurgie d'une part, les officiers de santé de l'autre. Le caractère presque exclusivement militaire de ces derniers se transformait d'ailleurs. Le nouvel officiat de santé comportait : comme conditions d'études, six années de stage auprès d'un docteur, ou cinq ans dans les hôpitaux, ou trois ans dans une école de médecine ; comme conditions d'examen, trois épreuves subies devant des jurys départementaux siégeant dans une foule de villes ; comme droit d'exercice, la limite fixée au département où avait lieu la réception.

Ces jurys départementaux, dont le fonctionnement donna lieu tout de suite à d'énormes inégalités, suivant les régions, entre les épreuves imposées aux candidats puisque à maintes reprises des circulaires ministérielles rappellent que les examens délivrant ces diplômes doivent être les mêmes partout et pour tous, ces jurys n'en durèrent pas moins un demi-siècle, jusqu'en 1854, date où ils furent définitivement supprimés et où la collation du diplôme d'officier de santé fut conférée aux seules facultés ou écoles de médecine. L'école de Nancy fut fondée en 1843, celle de Lille en 1852.

Dès lors une instruction plus solide, plus complète, des examens uniformes et sérieux relèvent le niveau scientifique et moral de l'officier de santé : si bien que, devant la difficulté croissante des études, l'étudiant en médecine,

loin de convoiter ce titre, le délaisse de plus en plus pour se porter vers le doctorat qui lui offre plus d'avantages. Le nombre des candidats à l'officiat va diminuant. Autrefois on réclamait la suppression des officiers de santé en arguant de leur ignorance ; par un revirement curieux on demande alors leur disparition parce que leur instruction les rapproche des docteurs au point de n'en être plus séparés, ainsi qu'on le disait faisant allusion au baccalauréat initial, que par l'épaisseur d'une version latine.

Cette coexistence de deux catégories de praticiens, cette interdiction à l'une d'elles des grandes opérations chirurgicales, sans que l'on pût tracer une séparation bien nette entre les grandes interventions et la petite chirurgie courante; cette extraordinaire limitation d'exercice qui faisait qu'un praticien avait le droit legal de soigner les malades d'un village, mais qu'il commettait un délit en soignant ceux du village limitrophe situé dans un département voisin, tout cela avait de bonne heure paru bien bizarre. Et, une fois passée l'époque troublée qui avait nécessité au point de vue militaire des mesures exceptionnelles, dès 1811, avant même la fin des grandes guerres de l'Empire, le Conseil d'État avait été saisi d'un projet d'abolition de l'officiat, projet successivement abandonné et repris par les divers gouvernements qui, tous les quinze ou dix-huit ans, se succédaient en France.

Tantôt, comme en 1848, ce furent de graves commotions politiques qui firent oublier la réforme, tantôt on avait reculé devant cette considération, dont s'était jadis inspiré le législateur de l'an XI, que l'existence d'un ordre de médecins inférieurs était indispensable pour desservir les campagnes et les contrées pauvres forcément dédaignées par les docteurs. Un naïf avait même découvert que les campagnards, ayant des mœurs plus pures que les citadins, devaient présenter des maladies plus simples et plus aisées à guérir !

Cette argumentation saugrenue était toute théorique. La statistique montrait en effet que les officiers de santé s'entassaient dans les départements riches, qu'ils recherchaient les villes et que dans l'inégale répartition à la surface des territoires, docteurs et officiers de santé se distribuaient paradoxalement entre les départements pauvres et les contrées populeuses et prospères. Ainsi, pour en revenir à ce qui se passait dans notre province, tandis que vers 1865, pour un chiffre de 100 docteurs le Nord comptait 128 officiers de santé, le Pas-de-Calais 233, et la Somme 242, les départements de la Lozère, du Cantal, de l'Aveyron comptaient respectivement, pour ce même nombre de 100 docteurs, les chiffres minimes de 14, de 11, de 9 officiers de santé. Dans les départements pauvres, les officiers de santé étaient donc partout plus rares que les docteurs.

La suppression des praticiens de seconde catégorie, nous l'avons dit, s'effectuait d'ailleurs automatiquement sur tous les points. En 1891, le Nord ne comptait plus que 201 officiers de santé contre 353 docteurs. Dans le Pas-de-Calais, les deux ordres de praticiens étaient en nombre égal à quelques unités près, et dans la Lozère il n'existait plus qu'un seul officier de santé pour 24 docteurs. Le coup mortel fut porté à l'institution par la loi militaire de 1889 qui mettait en disponibilité les candidats au doctorat au bout d'une année de présence sous les drapeaux, alors qu'aucune dispense n'était prévue pour les candidats à l'officiat. Bref l'officiat était virtuellement mort le jour où la loi de 1892 prononça sa disparition légale.

***

J'en ai dit assez pour montrer l'intérêt du mémoire qui nous occupe Aux longues citations de textes législatifs ou administratifs, aux énumérations et aux tableaux qui constituent l'armature de son travail, M. de Chabert a su, pour tempérer l'aridité de ces documents, mêler certains détails épisodiques divertissants, très naturellement reliés au sujet, tels que la résistance des chirurgiens lillois, soutenus par le Magistrat, aux prétentions du premier chirurgien du roi (Louis XV). Ce premier chirurgien, qui était un homme scientifiquement connu, La Peyronie, entendait, en qualité de « *chef et garde des chartes, statuts et privilèges de l'art et science de chirurgie* », nommer dans chaque corporation provinciale, un *lieutenant* inamovible, chargé de gouverner la corporation. Le Magistrat soutenait que les privilèges de la cité lui assuraient le pouvoir de réglementer seul les corps de métiers. — Tels encore que les vœux et doléances des cahiers de 1789, tant de la noblesse que du clergé et du tiers-état, concernant l'enseignement et l'exercice de la médecine. — Tels enfin que les réclames naissantes d'innombrables inventeurs de baumes, poudres, élixirs et orviétans variés qui, en ces temps préhistoriques, devaient obtenir permission d'annonce et de vente des collèges de médecine lesquels, il faut le dire, délivraient ou refusaient les autorisations à tort et à travers, selon les caprices de la plus réjouissante fantaisie.

En résumé, le mémoire de M. de Chabert est une œuvre d'histoire locale et d'histoire de la médecine fort intéressante, qui a coûté à son auteur beaucoup de recherches, de temps et de peines. Nous sommes heureux de la signaler à l'attention des lecteurs de ce journal. Dr H. Folet.

(Extrait des *Annales de l'Est et du Nord*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Exercice illégal de la médecine, Pharmacien, Analyse des urines, Diagnostic, Délivrance de remèdes non toxiques

A la requête du Syndicat des médecins de la Seine, un pharmacien, M. Péjaudier, avait été condamné, pour exercice

illégal de la médecine, par arrêt de la Cour de Paris, en date du 14 mai 1903. La Cour de Paris, partant du principe que le diagnostic des maladies est de la compétence exclusive des médecins, en avait déduit cette conséquence que le pharmacien usurpe des fonctions qui lui sont interdites, lorsqu'il délivre, sans ordonnance de médecin, un médicament, à la suite d'un diagnostic porté par lui, et même lorsqu'il tire une conclusion quelconque d'une analyse d'urine à lui confiée, l'interprétation des résultats de ces analyses exigeant toute la science et toute l'expérience du médecin.

M. Péjaudier se pourvut en cassation contre cette décision. Il alléguait que la Cour de Paris avait violé les art. 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, en qualifiant exercice illégal de la médecine le fait de porter un diagnostic sur l'existence ou sur l'inexistence d'une maladie, alors que le délit n'existe qu'au seul cas, où il y a participation prise habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies.

Mais la Cour de cassation a rejeté le pourvoi, par arrêt du 5 février 1904, ainsi conçu :

« Attendu qu'aux termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, l'exercice de la médecine consiste à prendre part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ;

» Attendu que, pour condamner Péjaudier, prévenu d'exercice illégal de la médecine, l'arrêt attaqué se fonde sur ce qu'il est constaté que ce pharmacien, « après avoir analysé l'urine de ses clients les renvoie devant leur médecin lorsqu'il estime qu'ils sont en état de maladie, mais s'il résulte de son examen que cet état de maladie n'existe pas et que le client est atteint de faiblesse générale, leur délivre un remède fortifiant, lequel ne contient aucun toxique, et dont le débit, dit l'arrêt, est toléré dans les pharmacies sans ordonnance du médecin ».

» Attendu qu'à ces constatations l'arrêt attaqué ajoute que « dans un livre que tenait Péjaudier, celui-ci faisait suivre le résumé de ses analyses d'une indication de la maladie et du remède prescrit par lui sans ordonnance du médecin, et qu'il recommandait à ses collaborateurs de ne délivrer de médicaments qu'après avoir pris connaissance de son diagnostic personnel » ; que, à la vérité, l'arrêt a précédemment admis que Péjaudier ne fournissait qu'une potion dont le débit, sans ordonnance du médecin, est toléré dans les pharmacies ; mais qu'une préparation que les pharmaciens ne débitent que par tolérance sans le concours d'un médecin a le caractère d'un remède, et que son usage constitue un mode de traitement ;

» D'où il suit que, loin de violer la loi, l'arrêt attaqué en a fait une saine application. »

On voit que la Cour de cassation ne se prononce pas catégoriquement, comme l'avait fait la Cour de Paris, sur le point de savoir si le pharmacien échappe aux atteintes de la loi du 30 novembre 1892, quand il se borne à tirer un diagnostic d'une analyse d'urine par lui faite, et sans instituer à la suite un mode de traitement. Mais son silence paraît devoir être interprété en faveur du pharmacien.

J. JACQUEY.

MOTS DE LA FIN

Éducation sentimentale

Voltaire, étant dans la chambre de Mme du Chatelet, faisait jouer sur ses genoux l'abbé Mignot encore enfant. Il se mit à bavarder avec lui et à lui donner des conseils : « Mon petit ami, souvenez-vous que, pour réussir avec les hommes, il faut avoir les femmes pour soi ; pour avoir les femmes pour soi, il faut les connaître. Vous saurez donc que toutes les femmes sont fausses et catins. — Comment ! toutes les femmes, dit Mme du Chatelet fort indignée. — Mon amie, dit Voltaire, il ne faut jamais tromper l'enfance. »

(Revue de médecine et de chirurgie).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le Ve **Congrès périodique international de Gynécologie et d'Obstétrique** se tiendra à St-Pétersbourg, du 11 au 18 septembre 1905, sous la présidence de M. le professeur DMITRI DE OTT.

M. le docteur L.-G. RICHELOT a été chargé de l'organisation d'un Comité national français. Les noms des membres du Comité d'honneur, sous la présidence de M. le docteur RICHELOT, seront ultérieurement désignés. L'Association de la Presse médicale française, dont M. le docteur Marcel BAUDOUIN est Secrétaire général, a bien voulu se charger de constituer le Comité exécutif.

Toutes les communications et demandes de renseignements doivent être adressées désormais au Secrétariat général de l'Association de la Presse médicale française, 93, boulevard St-Germain. Paris.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par **arrêtés ministériels** de décembre 1904, M. le docteur TISSOT a été nommé médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Bailleul, M. le docteur CHARON, directeur-médecin à l'asile de Dury-lez-Amiens, est promu à la première classe.

— Nous relevons parmi les docteurs de la région du Nord récemment nommés **médecins du service des enfants assistés de la Seine**, les noms de MM. les docteurs RANSON, de Samer ; THÉRET, de Tincques ; BOULENGER, d'Houvin-Houvigneul.

Distinctions Honorifiques

Légion d'honneur. — Sont nommés : *Chevaliers* MM. les docteurs HUDELO, de Paris ; COLLIN, de Wassy (Haute-Marne) ; AZÉMA, de Saint-Denis (île de la Réunion).

Instruction publique. — Sont nommés *Officiers d'académie* : MM. les docteurs Cathelin et Varenne, de Paris ; Courgey, d'Ivry (Seine) ; Brunier, Jordanis, Revertégal, de Paris ; Boissel, de Saint-Cyprien (Dordogne) ; Corbin, de Saint-Maxent (Deux-Sèvres) ; Lernon, de Chilleurs-aux-Bois (Loiret) ; Magnan, de Tours.

Mérite agricole. — Sont nommés *Commandeur* : M. le docteur Gauchot, de Chambois (Orne) ; *Officier* : M. le docteur Cornet, de Paris ; *Chevaliers* : MM. les docteurs Dubief, Millée, Graux, Edmond Perrier, Raimondi, Rouget, Thomas, de Paris ; Bouvret, de Fraine-le-Château (Haute-Saône) ; Fesquet, de Sumène (Gard) ; Guillon, d'Eglessy (Yonne) ; Jay, de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

Notre Carnet

M. le docteur Verlaine, de Cysoing (Nord), nous fait part de la naissance de sa fille Lydie. Nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Binet et Brizard, de Lyon ; Largillière, de Saint-Mihiel (Meuse) ; Mirbeck, de Saint-Dié-des-Vosges.

OUVRAGES REÇUS

— **Le type brachial de la paralysie saturnine**, par le docteur F. Huriez, Lille, *C. Robbe*, 1904.

— **Rapports des tensions radiale et digitale dans l'artériosclérose et les insuffisance hépatiques**, par le docteur A. Mengeaud, Paris, *Maloine*, 1904.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

1re Semaine, du 1er au 7 Janvier 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	11
3 mois à un an	9	8
1 an à 2 ans	3	5
2 à 5 ans	8	3
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	8	9
40 à 60 ans	11	10
60 à 80 ans	21	12
80 ans et au-dessus	5	8
Total	75	67

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	2	2	»	»	»	»	»	»	»	»	5	12	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	1	»	»	5	»	»	»	»	»	5	14	13
Moulins, 24,947 hab.	»	1	»	»	»	»	1	2	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	9	16	18
Wazemmes, 36,782 hab.	»	3	»	»	»	»	»	2	4	»	7	»	»	3	»	»	2	»	»	16	37	20
Vauban, 20,381 hab.	»	1	»	»	»	»	1	1	3	»	2	»	»	3	»	»	»	»	»	3	14	2
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	1	1	»	»	»	1	10	1	1	»	»	5	»	»	»	»	»	8	27	6
Esquermes 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	1	»	»	»	4	8	4
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	5
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	4	8	13
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	6
Total	»	7	1	1	»	»	2	7	26	4	14	»	»	17	1	1	2	»	1	59	142	96

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 420. Neuvième Année. N° 5 — Le Numéro : 10 centimes — 29 Janvier 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 *fr. par an.*
Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale de la Charité
M. le professeur **Combemale**

Aortite et néphrite chronique post-grippale

par le docteur **M. Breton,** Chef de clinique médicale.

Nous allons rapporter l'observation d'un malade atteint d'insuffisance aortique avec rétrécissement, et de néphrite chronique. Ces deux lésions ont été consécutives à une grippe non compliquée et c'est dans cette étiologie que réside le principal intérêt du cas que nous étudions.

Les complications cardiaques grippales sont habituellement précoces, d'évolution rapide et de pronostic grave ; elles sont souvent la suite d'infections secondaires. Celle que nous observons revêt une forme chronique ; elle est d'un pronostic relativement bénin et de nature grippale. Les manifestations rénales dues à l'influenza sont immédiates à la date d'apparition du processus infectieux ; elles sont généralement violentes, s'accompagnent d'un cortège symptomatique imposant. La néphrite dont est atteint notre sujet est tardive d'apparition ; elle a été provoquée par une circonstance adjuvante et revêt une marche chronique. Enfin la coexistence de ces deux lésions, rénale et cardiaque, est exceptionnelle au cours des épidémies de grippe. Ce sont ces diverses raisons qui nous engagent à relater l'histoire clinique de notre malade.

Le nommé B... Arsène, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur COMBEMALE, le 4 novembre 1904. Il exerce actuellement la profession de concierge. C'est un homme de 28 ans, d'apparence vigoureuse. Le malade n'a aucun antécédent héréditaire morbide ; le père et la mère sont bien portants ; lui-même n'a jamais eu de maladie infectieuse dans la première et la seconde enfance. Pas de syphilis acquise, ni d'habitudes d'intempérance. A l'âge de 20 ans, il tire au sort et s'apprête à rejoindre son régiment, quand il est atteint de grippe. A cette époque, c'est-à-dire en décembre 1895, la maladie est endémique à Maretz et le docteur GOFFART, qui a bien voulu nous renseigner à ce sujet, ne doute nullement de la nature de l'affection. Bien que le malade n'ait eu aucune complication pulmonaire, ni organique diverse, il reste au lit pendant trois semaines. Au moment de la convalescence, il voit son état subitement s'aggraver. Au niveau de la région sternale, le malade éprouve une vive douleur, paroxystique et bien localisée. Elle se compare à une sensation de poids qui opprime la poitrine ; elle s'irradie dans le dos. Il n'y a pas de crises d'angine. A chaque effort

musculaire, le malade éprouve des palpitations et de la dyspnée ; enfin un léger état subfébrile complète le tableau clinique. Il n'y a ni toux, ni symptômes gastro-intestinaux. Au pouls on note la plénitude ; au cœur on entend un bruit rude, parcheminé, au moment de la diastole et au siège d'élection des bruits aortiques. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Les symptômes généraux que nous avons notés, redoublent d'intensité pendant trois semaines environ, puis se calment. A ce moment, le sujet est visité par un médecin militaire qui l'ajourne, en confirmant le diagnostic de lésion aortique post-grippale.

Enfin, deux mois après le début des accidents, une pénible convalescence s'installe. Le malade abandonne le métier fatigant de bourrelier, car tout effort est accompagné de céphalalgie, troubles de la vue, surdité, tendance à l'état syncopal, etc.

Pendant trois ans, le malade végète et mène une vie oisive. Puis, à la suite d'un refroidissement, il fait de l'œdème des jambes. L'enflure envahit, en l'espace de trois semaines, tout le corps, et l'examen des urines, qui sont rares, dénote des traces d'albumine. L'anasarque est totale durant deux mois. Le malade présente, à ce moment, des troubles gastriques et intestinaux caractérisés par des vomissements et de la diarrhée. Le cœur devient de plus en plus tumultueux et le malade a une série de crises d'asystolie, qui peuvent faire craindre une issue fatale.

Sous l'influence du repos et du régime lacté absolu, les œdèmes rétrocèdent et le sujet se livre à des occupations peu fatigantes. Bien que guéri apparemment, il est impotent ; à chaque effort l'œdème réapparaît et les accidents douloureux pré-cordiaux se renouvellent. Il exerce la profession paisible de concierge. Une analyse d'urine faite six mois après la crise d'anasarque dénote six grammes d'albumine par litre et un total de quinze grammes en vingt-quatre heures. A ce moment, la perte des forces est absolue. Les douleurs dans les reins sont continues. On relève tous les signes de brightisme, crampes, sensation de doigt mort, cryesthésie, etc ; les troubles cardiaques objectifs et subjectifs sont restés permanents. La situation est longtemps stationnaire, et le malade se décide à entrer à l'hôpital, huit années environ après le début des accidents.

Quand nous examinons le sujet, l'apparence générale est bonne, mais le malade ne peut se livrer à aucun effort, sans avoir un accès de dyspnée, sans ressentir une douleur rétro-sternale ou interscapulo-thoracique qui l'oblige à se reposer. La station debout prolongée est impossible, à cause des vertiges et des troubles de la vue et de l'ouïe. La céphalalgie et le lumbago sont continuels. Les troubles respiratoires consistent uniquement en une dyspnée d'effort ; celle-ci s'accompagne de palpitations. En tout temps, le sujet se plaint de battements au niveau du cou et des régions temporales. Les troubles gastriques et intestinaux consistent en digestions pénibles, éructations, météorisme ; la constipation est constante. Enfin le malade éprouve les signes du petit brightisme. Les reins sont douloureux à la pression. Le sujet urine deux litres et demi en vingt-quatre heures. Chaque litre contient deux grammes soixante d'albumine. L'urée est à son taux normal, les chlorures sont dosés à un chiffre suffisant. Pas de sang ni d'hémoglobine, ni indican, ni urobiline dans les urines. Quelques cylindres hyalins et épithéliaux. Pas de formes microbiennes dans le culot obtenu par centrifugation.

Voici maintenant les symptômes physiques : La face est pâle, les conjonctives légèrement ictériques ; un peu d'œdème sous-palpébral. L'artère frontale dure, saille sous la peau ; les pommettes sont colorées. Gonflement prétibial léger, conservant l'empreinte du doigt ; pas d'autres œdèmes.

A l'inspection du cœur, on voit la pointe battre dans le sixième espace intercostal, à un centimètre environ en dehors de la ligne mamelonnaire. A chaque systole, la paroi est propulsée, et il se produit un mouvement de roulis de dehors en dedans. Légère rétraction intercostale. Au niveau de la fourchette sus-sternale, les battements de l'aorte sont visibles, et le larynx est soulevé en bloc par la pulsation. A la palpation on sent le choc vigoureux de la pointe, sorte de choc en dôme. La matité absolue du cœur est augmentée en tous sens. Elle répond comme limite inférieure à une droite partant de la pointe et s'inclinant de dehors en dedans, et de haut en bas vers l'apophyse xyphoïde. La ligne de matité dépasse de deux centimètres le bord droit du sternum. A l'auscultation, les modifications des bruits du cœur se passent uniquement à l'orifice aortique. Dans le deuxième espace intercostal droit, le premier temps est claqué, parfois dédoublé ; le second est soufflant. C'est un souffle qui couvre une grande partie de la diastole, rude, en jet de vapeur, traversant en écharpe le sternum. Il s'entend avec une forte intensité dans le sixième espace intercostal gauche, sur un point limitrophe au sternum. Rien à l'orifice mitral, ni aux orifices pulmonaire et tricuspide. Pas de bruit de galop. L'examen radioscopique de l'aorte a montré



une légère dilatation de la portion ascendante de la crosse. Les vaisseaux sont animés de battements, les plus visibles sont l'aorte abdominale, la sous-clavière droite, les carotides. Pas de pouls veineux ; pouls de la luette ; battements amygdaliens ; pas de pouls hépatique ni capillaire. A la radiale, l'artère est dure, la pulsation bondit. L'amplitude de celle-ci augmente dans l'élévation du membre. L'artère fémorale présente un double souffle intermittent crural. La régularité du pouls est parfaite. Le tracé sphygmographique montre une ascension verticale brusque, l'absence de crochet, une ligne de descente, coupée par une sorte de plateau, presque de niveau avec le sommet de la pulsation. Au sphygmomanomètre de Potain, la tension varie de 19 à 20.

Le foie n'est pas volumineux, et ne déborde pas les fausses côtes ; il n'est pas sensible à la pression. Rien du côté de la rate. L'estomac n'est pas dilaté, ni douloureux à la palpation. Nous avons noté quelques vomissements matutinaux, suivis de crises diarrhéiques. Le sang dans les selles est dû aux hémorrhoïdes. La constipation est habituelle. Pas de circulation complémentaire abdominale. L'appareil pulmonaire était sain lors de l'entrée à l'hôpital, mais, depuis quelques jours, nous notons la présence de sous-crépitants aux deux bases. Le malade tousse et a une expectoration striée de sang.

Rien à noter du côté du système nerveux : réflexes normaux ; pupilles égales ; pas de signes de rétinite albuminurique. Rien du côté des organes des sens. Pas d'élévation de température.

Nous sommes donc en présence d'un malade ayant fait, consécutivement à une grippe non compliquée, une attaque d'aortite aiguë, plus tard, de l'artériosclérose généralisée, enfin, une lésion rénale. Deux choses attirent de suite notre attention : l'apparition brusque de la localisation grippale sur l'aorte, et la chronicité des manifestations artérielles.

L'aortite grippale est une affection rare; elle suit habituellement dans son évolution les règles communes aux aortites aiguës secondaires aux maladies infectieuses ; elle éclate au moment de la convalescence et passe souvent inaperçue. Le vieil adage : febris solvit spasmos trouve ici son application. Les principales observations d'aortite grippale pure sont dues à Gutteman, Fiessinger, et Leyden. Elles sont semblables à la nôtre ; on y note le début insidieux de l'affection, l'intensité des symptômes fonctionnels, la longévité de ces manifestations.

Nombreux, par contre, sont les cas où la lésion de l'orifice aortique apparaît au cours d'une influenza compliquée. Dans les cinq sixièmes des observations recueillies, les valvules sigmoïdes sont touchées ; rarement les mitrales et les pulmonaires. Les auteurs classiques ont été si bien frappés de ce siège d'élection, qu'ils n'ont pas craint de l'expliquer par une origine infectieuse secondaire dont l'agent serait le pneumocoque. La fréquence des complications pulmonaires pneumococciques expliquait ce choix de l'agent : De Batz (Thèse de Bordeaux, 1896, n° 93) est absolu à cet égard. Exceptionnellement l'on admettait que les lésions valvulaires étaient dues au streptocoque et au staphylocoque et l'on ne pouvait nier qu'il n'y eût autant d'endocardites infectieuses secondaires que d'espèces microbiennes envahissantes. Les observations de Lancereaux (*Soc. Anato.*, 2 Avril 1886), de Brouardel (Mém. de Netter, *Arch. de physiol.*, 1886), de Hanot (*Arch. de méd.*, 1886) de Oulmont et Barbier (*Méd. moderne*, 9 Juillet 1891) concernent des cas où, concurremment à l'orifice aortique, la mitrale et les pulmonaires furent lésées. Il s'agissait toujours de lésions complexes, consécutives à des infections secondaires multiples et diverses.

Les lésions grippales primitives sont beaucoup plus rares. Huchard en rapporte deux cas à siège aortique (*Bull. méd.*, 1892), empruntés à Stokes et à Graves. Nous ne pensons pas que le contrôle bactériologique ait jusqu'ici confirmé la spécificité de ces lésions aortiques, mais la pathologie générale nous permet d'en affirmer l'origine et d'incriminer le bacille ou la toxine. Bien que Spillman et Etienne n'aient pu trouver le bacille de Pfeiffer, dans les lésions endocarditiques ou artérielles, Chantemesse et Pfeiffer l'ont décelé dans le sang. Nous pensons donc que nous avons observé un cas de lésion aortique d'origine purement grippale, et, après en avoir signalé la rareté, nous insistons aussi sur l'évolution de l'affection.

Contrairement aux localisations endocarditiques essentielles, les lésions artérielles grippales, quel que soit leur siège, guérissent ou ont une marche chronique. Les études de Leyden, Rendu, Duchesnau, résumées dans la thèse de Fort (Thèse Paris, 1900, n° 330), nous ont renseignés à ce sujet. Il résulte donc que le diagnostic d'affection artérielle entraîne un pronostic relativement favorable. Notre observation confirme cette façon d'envisager les complications grippales artérielles. Par contre les lésions orificielles de l'endocarde, primitives, ont une évolution rapide, et les auteurs joignent souvent à leur observation les résultats anatomiques. Huchard considère comme exceptionnelle une observation de Rochoux, concernant une femme de 28 ans, dont la sténose auriculo-ventriculaire permit une survie de plusieurs mois.

Nous nous résumons, en disant que notre malade a présenté cliniquement tous les signes d'une insuffisance aortique avec rétrécissement, d'origine artérielle, de cause grippale, et de pronostic relativement bénin. Cette localisation est exceptionnelle.

Devons-nous encore attribuer une origine grippale aux troubles graves de fonctionnement rénal, observés quatre ans après le début de l'infection ? Nous admettons cette hypothèse. Tuvache (Thèse Paris, 1891) divise les néphrites post-grippales en deux caté-

gories : les unes d'origine ancienne et étrangère à l'influenza, sont réveillées accidentellement par cette maladie ; les autres, de cause grippale pure, élimination faite des complications secondaires, sont précoces ou tardives. Lorsqu'elles surviennent après une période d'acalmie, c'est sous l'influence d'un froid, d'un écart de régime, que la maladie se déclare. Le rein touché par le mal primitif est resté taré et il a suffi d'une cause accidentelle pour révéler la lésion. Nous avons vu l'influence du refroidissement chez le malade que nous observions. Il est probable que le rein adultéré dès le début, a vu ses lésions aggravées par l'effet d'une artério-sclérose généralisée et qu'il a suffi d'une circonstance fortuite pour déceler l'étendue du mal. Il est exceptionnel, d'ailleurs, de noter une aussi longue durée entre l'invasion de la grippe et l'apparition de la néphrite. C'est, qu'en effet, les néphrites aiguës sont fréquentes, les néphrites chroniques rares. La date d'apparition suit habituellement l'éclosion de la maladie. Les néphrites chroniques dites tardives ne sont séparées que de quelques mois de la grippe. Une observation de VIGNEROT (Thèse Paris, 1890, observ. IX), note l'apparition des symptômes urinaires deux mois après la guérison d'une influenza, et les auteurs classiques ne voient pas cette période dépassée. Il est d'ailleurs exceptionnel que la forme clinique réponde à celle que nous avons étudiée. Il s'agit plutôt de congestions rénales simples, de formes hémorragiques, d'un mal de BRIGHT aigu. Le mal de BRIGHT chronique d'emblée est si peu fréquent, que FIESSINGER, RUELLE et DUPEU ne veulent en reconnaître l'existence.

Quoi qu'il en soit, nous n'hésitons pas à admettre une origine grippale et nous pensons avec SCHMIT (Thèse Nancy 1901, n° 10) que les néphrites tardives post-grippales sont moins exceptionnelles qu'on ne le croit généralement. Bien souvent, la notion étiologique est absente ou si peu présente à la mémoire du malade qu'elle est ignorée. La tendance naturelle du médecin l'engage plutôt à rechercher une cause infectieuse étrangère et ce n'est qu'en l'absence de tout autre commémoratif que la grippe est mise en cause.

Pourtant, quelques caractères cliniques nous ont semblé revêtir une certaine spécificité au cours de l'influenza ; ces caractères sont les suivants : l'intensité de la céphalée, et des douleurs lombaires, la fréquence des accès d'oppression, attribuables à la bronchite albuminurique, enfin la tendance aux hémorragies pulmonaires. Ce sont ces signes qui peuvent aider à la recherche de la cause d'une néphrite, si l'on hésitait à devoir l'attribuer à une grippe.

La coexistence de troubles des fonctions rénales et cardiaques ne pouvait évidemment que compliquer le tableau symptomatique. Ces troubles ont été mis sur le compte d'une infection grippale ; la lenteur de leur apparition ne nous permettant pas d'admettre une infection pneumococcique où streptococcique à localisations diverses. Il ne nous a pas semblé non plus qu'il s'agissait d'une de ces infections complexes où les parasites viennent successivement léser des organes et déterminer les lésions que l'on peut difficilement rapporter les unes aux autres : en un mot il nous a paru logique d'admettre la spécificité grippale. Nous concluons en pensant que de semblables types cliniques ne sont pas rares, si nous considérons l'apparente bénignité d'une infection grippale et si nous nous rappelons la difficulté fréquente d'attribuer telle lésion cardiaque ou rénale à telle cause bien définie

---

Paralysie douloureuse des jeunes enfants (1)

Par M le docteur **Bossan** (de Nice),
ancien interne des hôpitaux de Paris,
ancien moniteur de clinique gynécologique et obstétricale
de la Faculté de Paris,
professeur agrégé de la Faculté de médecine de Genève.

Je viens d'observer deux de ces cas qui, sans être d'une extrême rareté, sont intéressants à connaître, car il importe d'en faire rapidement le diagnostic pour répondre vite et bien à la famille éplorée, inquiète à juste titre, sur l'évolution future de la maladie.

Les observations semblent calquées les unes sur les autres. Je me bornerai à reproduire la première, ne faisant que mentionner l'autre.

Marie-Rose L..., deux ans et demi, n'a jamais été malade, enfant unique. Père et mère en très bonne santé.

Donnant la main à sa mère, qui fait un faux pas, l'enfant, dont le bras est légèrement tiré de bas en haut, jette un cri, et le bras retombe inerte le long du corps.

La mère, très inquiète, imaginant son enfant infirme pour le reste de ses jours, l'amène à la hâte.

Le bras pend le long du corps, inerte, le dos de la main regarde en avant. Il n'y a ni déformation ni ecchymose. On ne peut reconnaître ni luxation, ni

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 11 novembre 1904.

fracture, ni disjonction des épiphyses. En un mot, aucun signe objectif.

Le bras est en état de paralysie flasque. Pas d'anesthésie. Pas de douleur spontanée. Si l'on essaye de provoquer des mouvements, la petite fille, cependant assez docile, accuse en pleurant une vive douleur.

Le lendemain, amélioration notable. Deux jours après, l'enfant craignant l'examen fait spontanément de petits mouvements pour s'y soustraire.

Cinq jours après tout était terminé.

La seconde observation est semblable.

Enfant de quatre ans qui, soulevé de son lit, pousse un cri, même tableau, même guérison en quelques jours.

Dans les deux cas, la famille, effrayée, demande .. un rapide pronostic.

Qu'est-ce donc exactement que cette paralysie douloureuse des jeunes enfants ? et sur quoi pourrons-nous nous baser pour rassurer les anxiétés des parents ?

Le Docteur Demetrio Galatti, de Vienne, qui en a fait une très intéressante étude, la définit ainsi :

Maladie caractérisée par l'impotence complète d'un membre, presque toujours un des membres thoraciques, avec phénomènes douloureux accompagnant les mouvements provoqués. Le début en est subit. Elle est absolument particulière aux enfants du premier âge.

Chassaignac en 1856, dans les *Archives générales de médecine*, en a fait une description clinique à laquelle il n'y a rien à ajouter. Il a su la distinguer des différentes paralysies de l'enfance, ce que n'avait pu encore faire en 1850 Henry Kennedy, dans un article intitulé : Recherches sur quelques formes de paralysies qui se manifestent chez les enfants, article paru dans le *Dublin quaterly journal of medicine*, 1850.

En 1873, West, dans ses « Leçons sur les maladies des enfants », bien après l'apparition du mémoire de Chassaignac, dit qu'il ne voit aucune différence de nature entre cette paralysie qu'il appelle « paralysie de Kennedy » et la véritable paralysie spinale, mais seulement une différence d'intensité.

En 1876, Jules Simon réfute l'opinion de West (*Gazette des hôpitaux*, Paris 1874) et accepte celle de Chassaignac sur cette paralysie spéciale à l'enfance qu'il appelle « paralysie éphémère ».

En 1877, Lebard, dans sa thèse, se range nettement à l'avis de Chassaignac et de Simon. Il étudie surtout la question du diagnostic. S'appuyant sur les travaux de Duchenne (de Boulogne) sur la paralysie atrophique graisseuse qui présente de nombreux points de ressemblance, il montre combien dans certains cas le diagnostic peut être délicat.

De 1893 à 1895, Brunon (de Rouen) publie une série d'observations dans plusieurs mémoires (l'un d'eux parut sans que l'auteur ait eu connaissance des travaux de Chassaignac). L'identité des caractères cliniques décrits par ces deux auteurs prouve bien qu'il s'agit d'un type morbide parfaitement net.

Dans un article *(Presse médicale*, 1895), Brunon explique la paralysie par une action inhibitrice déterminée par le traumatisme qui marqua le début des symptômes. L'auteur est le premier qui dissocie les deux éléments principaux de cette affection : paralysie et douleur. Pour les phénomènes douloureux, il fait intervenir un acte psychique, souvenir de la douleur initiale.

En 1894, Minerbi (de Ferrare) traite ce sujet dans le *Bulletin de l'Académie des sciences médicales et naturelles de Ferrare*. Il donne une théorie mécanique de l'affection, qu'il attribue à une subluxation de la tête du radius.

En 1896, Halipré, dans la *Normandie médicale*, publie un article intitulé les « Paralysies de l'enfant » où il étudie plus particulièrement le diagnostic et le pronostic de cette affection.

En 1897, nouvel article du même auteur dans la *Normandie médicale*.

En 1898, M. de Bruin, d'Amsterdam, y voit surtout une affection chirurgicale.

Le docteur Bézy, de Toulouse, dans le *Traité des maladies de l'enfance*, publié sous la direction du professeur Grancher, Paris, 1898), étudie la « Paralysie douloureuse des jeunes enfants ».

Enfin, en 1903, le docteur Demetrio Gallati (de Vienne, Autriche) publie sur ce sujet une revue générale.

Le docteur Bézy, d'après Chassaignac, attribue à cette affection sept caractères principaux :

1° Instantanéité de l'affection. Le début est subit, se manifeste immédiatement après la traction. Chez les tout petits enfants, aux cris desquels on prête souvent peu d'attention, la constatation est quelquefois assez difficile.

2° Etat complet de la paralysie, qui ne tarde pas à diminuer. Dans beaucoup de cas, la transition de la paralysie en mouvement est brusque. La sensibilité est conservée.

3° Troubles de la motilité. Les mouvements provoqués, quoique très douloureux, sont toujours possibles. Le membre reste pendant, inerte le long du corps. Si l'on soulève le bras de l'enfant en le prenant par le coude, la main retombe inerte comme s'il y avait paralysie des extenseurs.

4° Caractères de la douleur, son intensité, son siège, sa durée. Apparition subite aussitôt l'accident. Très vive, très aiguë. Elle disparaît rapidement, en tant que douleur spontanée et ne se manifeste plus que si on la provoque par des mouvements. Le siège en est variable et le plus souvent très difficile à déterminer.

5° Aspect du membre. Comme nous l'avons vu, le bras pend le long du corps, la main est toujours en pronation.

6° Absence de toute déformation et de tout désordre anatomique. Les signes habituels de l'inflammation font complètement défaut. Pas d'ecchymose, pas de luxation, pas de signes de fractures ni de disjonction des épiphyses, lésions que l'on rencontre assez facilement à cet âge.

7° Diminution progressive et guérison prompte de la paralysie. Cette paralysie disparaît après quatre ou cinq jours, quelquefois au bout de quarante-huit heures. Les mouvements qui étaient, en apparence du moins, complètement abolis, reparaissent intégralement.

Cette paralysie se rencontre presque toujours dans les premières années de la vie et au niveau du membre supérieur. Sur les vingt-deux cas rapportés par Chassaignac et Brunon, le membre inférieur est pris deux fois seulement.

Étiologie. — Pathogénie. — Le docteur Bézy étudie successivement les causes extrinsèques et les causes intrinsèques.

Causes extrinsèques. — Tiraillement brusque du membre supérieur, tout en admettant que dans des cas exceptionels, le traumatisme peut être autre et atteindre le membre inférieur.

Causes intrinsèques. — Intervention du système nerveux local et alors la paralysie serait due, d'après Brunon, à des phénomènes d'inhibition. Bézy pense qu'il s'agit plutôt d'un tiraillement des filets nerveux, produisant une lésion dont la nature intime reste encore indéterminée faute d'autopsies.

Diagnostic. — Éliminer rapidement l'idée d'une lésion osseuse ou articulaire ; examiner les divers segments osseux pour voir s'il n'y a pas de fracture, soit complète, sous-périostée, ou si l'on trouve le gonflement décrit par Ollier dans l'entorse juxta-épiphysaire ; examiner aussi les articulations, au double point de vue des luxations ou des entorses, surtout les luxations incomplètes de la tête humérale et la luxation habituelle de la tête du radius.

On se rappellera que dans la paralysie spinale infantile, on a le plus souvent la forme paraplégique sans phénomènes douloureux aussi accentués ; que le début brusque, il est vrai, s'accompagne de fièvre ou convulsions, parfois aussi très passager.

On éliminera facilement les paralysies par carie des vertèbres les paralysies consécutives à la diphtérie et à toutes les maladies infectieuses

Les conditions étiologiques, tiraillement, choc, marquant le début de la maladie, absence de tout signe chirurgical, âge de l'enfant, permettront de faire le diagnostic.

Pronostic. — Le pronostic est très bénin ; la durée de la paralysie a varié dans les vingt-deux cas de Chassaignac et de Brunon, de quarante-huit heures à un septennaire ; tous les cas connus ont été terminés par la guérison.

Traitement. — Le traitement serait inutile, sans l'affolement de la famille ; on se contentera de mettre le bras en écharpe et de conseiller des frictions, du massage, de l'électricité.

Poliomyélite antérieure grave chez une enfant (1)

par MM les docteurs **René Le Fort** et **Bachmann** et M **G. Cieren**

La jeune malade qui fait le sujet de cette observation est entrée le mois dernier au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer, dans le service de M. Le Fort, avec le bulletin médical suivant signé le 28 septembre 1904 par notre excellent confrère, le docteur Hennart : « Père alcoolique et tuberculeux (mort). A l'âge de » quatre mois, l'enfant a eu des convulsions et on s'est » aperçu d'une parésie des membres que le docteur » à cette époque a nommée « paralysie infantile ». » Depuis lors elle a marché en se traînant sur le derrière et depuis un an elle ne peut marcher qu'en » prenant les mains sur le dessus des pieds ».

C'est, en effet, cette démarche très particulière qui fait l'intérêt principal de l'observation. Louise P., née à Lille, a aujourd'hui 9 ans 1/2. Elle présente une cyphoscoliose considérable de la région lombaire à convexité gauche. La gibbosité est très régulièrement arrondie et intéresse toutes les vertèbres lombaires ;

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 23 décembre 1904.

elle est constituée, non par les apophyses épineuses, mais par les apophyses transverses gauches des vertèbres lombaires dont chacune forme une saillie considérable sous la peau.

A la palpation de cette région, on trouve, en dedans de la gibbosité et formant une courbe parallèle à celle-ci, la chaîne des apophyses épineuses. Il existe une courbure de compensation dorsale, arrondie, à convexité droite. La colonne cervicale ne présente pas de courbure, elle est simplement déviée du côté gauche. Les déformations thoraciques consistent en une augmentation de courbure des fausses côtés gauches et en un aplatissement des fausses côtes droites. En avant on constate un aplatissement des premières côtes droites et une légère saillie des premières côtes gauches; cette déformation correspond à la scoliose compensatrice droite. La cyphose est en partie réductible ; si l'on soumet l'enfant à la suspension, il ne reste plus qu'une saillie relativement peu considérable de la région lombaire. Quant à la scoliose, elle est très peu réductible et les déformations thoraciques ne sont pas influencées par la suspension.

Les déformations représentées dans la figure I ne



Fig. 1

correspondent pas au maximum des déviations vertébrales chez cette fillette ; celles-ci, en effet, s'exagèrent dans la position au lit; l'enfant, au lieu de raidir et de redresser sa colonne vertébrale comme elle fait quand elle repose sur un plan résistant, s'affaisse et semble chercher avec la base du thorax et la colonne dorsale un appui que le bassin seul ne saurait lui donner sans fatigue ; elle subit alors un tassement sur elle-même qui a pour but de multiplier les points de soutien.

L'abdomen est normal, le tronc paraît seulement raccourci dans son ensemble, le bassin est très dévié : l'épine iliaque A S gauche est abaissée, la droite relevée.

Les deux hanches sont luxées : la droite fortement en haut et la gauche surtout en arrière; le grand trochanter droit forme une saillie considérable en véritable crosse qui s'élève presque jusqu'aux fausses côtes. Les cols fémoraux sont redressés sur la diaphyse et on sent la tête fémorale droite presque au niveau de la crête iliaque.

L'enfant étant couchée sur le dos, les cuisses sont fléchies sur le bassin presque à angle droit, la cuisse gauche se met en rotation en dehors et en abduction, la cuisse droite se met en rotation en dedans et en adduction.

Il y a une paralysie complète des membres inférieurs, et pour marcher, l'enfant saisit ses deux pieds avec les mains et les avance alternativement; c'est avec ses mains seulement qu'elle peut remuer ses pieds. Ce mode de progression assez inusité mérite une description particulière.

L'enfant, étant assis, a les deux jambes à peu près allongées devant elle et reposant sur le sol; la jambe gauche regarde en haut et le pied gauche repose sur le talon ; la jambe droite est tournée en dedans et le pied droit repose sur le bord interne (Fig. I). Pour se lever, la fillette prend d'abord son pied droit de la main droite et rapproche son talon de l'ischion en fléchissant le genou (Fig. II). Elle prend ensuite le



Fig 2

pied gauche de la main gauche et rapproche le talon du pubis en pliant la jambe (Fig. III). Pendant ces mouvements, le genou droit regarde en dedans et touche le sol par son bord interne; le genou gauche regarde en haut et s'élève au-dessus du sol. La flexion du genou gauche dépasse à peine l'angle droit, la flexion du genou droit est presque complète et le talon est très près de l'ischion.

Dans un troisième temps, la fillette se penche en

avant et fait glisser en avant son bassin sur le sol en ramenant les ischions tout près des talons. Au moment où le talon droit touche l'ischion, ce mouvement



Fig. 3

s'arrête, et l'enfant soulève le bassin en prenant point d'appui sur le pied gauche principalement. Elle se trouve alors à quatre pattes, les pieds sur le sol, les mains sur les pieds, *prête à marcher* (fig. IV). Les jambes et les cuisses sont à peu près verticales, l'axe du corps horizontal. Le pied gauche est en avant, le pied droit en arrière. La main droite ramène alors ce pied à la hauteur du pied gauche, c'est ainsi que s'effectue le premier pas. La marche continue ainsi, l'enfant avançant ses pieds à l'aide de ses mains, elle marche l'amble. Nous allons voir que tous les mouvements des membres inférieurs sont purement passifs; la partie supérieure du corps seule est active et cette marche se fait en réalité sur les mains. La fillette marche donc avec ses mains, mais elle se sert en même temps de ses mains pour avancer ses pieds inertes. Pour arriver à tenir les membres inférieurs verticaux, elle se sert surtout de ses muscles des épaules et de la partie supérieure du tronc; elle fait un véritable rétablissement autour de ses articulations scapulo-humérales, et il lui serait impossible, si ses bras ne prenaient pas un point d'appui sur le sol, de tenir les jambes en extension sur ses cuisses, et de soutenir son bassin dans une position élevée.

Pour s'asseoir, la jeune P. se laisse tomber sur le derrière, l'ischion près du talon droit; en même temps elle défléchit (passivement) un peu le genou gauche et porte déjà le talon gauche en avant. Une fois assise, elle achève la déflexion de ses genoux en commençant par le genou gauche. Dans tous ces mouvements encore, l'enfant manœuvre ses pieds au moyen de ses bras.

C'est qu'en effet, la paralysie a atteint complètement les deux membres inférieurs et même la partie inférieure du tronc.

L'atrophie musculaire est très prononcée au niveau des membres inférieurs, surtout au niveau des jambes. Au niveau des cuisses, il y a des rétractions musculaires, les couturiers et le droit antérieur formant une corde saillante sous la peau.

Le seul mouvement possible aux membres inférieurs est un léger mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin. Quand on dit à l'enfant de fléchir les cuisses, elle ramène assez péniblement le genou droit presque sur le ventre, et soulève très peu le genou gauche. Dans ces mouvements, les fléchisseurs du bassin sur le rachis et les psoas agissent seuls.

L'incitation électrique des muscles au moyen des courants induits interrompus donne le résultat suivant : intégrité de la réaction électrique au niveau des membres supérieurs et des muscles du thorax (pectoraux, etc.) où la force musculaire est d'ailleurs intacte. A la région dorsale, persistance des réactions électriques au niveau du trapèze et du grand dorsal, plus prononcés à droite qu'à gauche. Très légère réaction au niveau du carré des lombes à droite ; réaction plus légère encore à gauche (on voit une toute



Fig. 4

petite corde musculaire se soulever au moment du passage du courant). Aucune réaction musculaire au niveau des membres inférieurs, les fléchisseurs de la cuisse ne réagissent même pas. Ces muscles, dont les tendons sont rétractés sous la peau ne paraissent du

reste être pour rien, nous l'avons vu, dans les mouvements de flexion de la cuisse.

La mensuration des membres a donné les résultats suivants :

Circonférence des jambes, à la partie moyenne : droite, 14 centimètres ; gauche, 14 cent. 1/2.

Circonférence des genoux : droit, 20 cent. 1/2 ; gauche, 20 cent. 1/2.

Circonférence des cuisses : droite, 20 cent. ; gauche, 19 cent.

La taille de l'enfant est de 1m05.

En dehors des atrophies musculaires et des paralysies qui les accompagnent, il n'y a rien à signaler chez cette fillette. Son état général est satisfaisant ; elle est peut-être un peu maigre et un peu pâle, mais, en somme, elle se porte bien, ne tousse pas, mange bien et toutes ses fonctions s'accomplissent normalement. Il est intéressant de noter qu'il n'y a pas de troubles nerveux, sensitifs ou autres, l'intelligence est normalement développée ; le système osseux ne paraît pas avoir été sérieusement touché ; malformations coxo-fémorales mises à part. De ce côté, la radiographie a permis de constater une atrophie marquée de la tête et du col fémoral.



Fig. 5

Nous avons cru pouvoir accepter le diagnostic de paralysie infantile qui avait été porté par les médecins antérieurement; ce côté de la question a du reste peu d'intérêt puisque nous sommes en présence d'une lésion manifestement définitive et arrêtée dans son évolution. Il est plus important de se demander ce qu'il est possible de faire pour cette pauvre enfant. En somme, elle est cul-de-jatte, et la progression sur un petit chariot à roulettes vaudrait déjà mieux pour elle que cette étrange marche à quatre pattes où les bras seuls jouent un rôle actif. Il semble qu'il sera facile de lui permettre la marche avec des béquilles. Depuis qu'elle est entrée au sanatorium, l'enfant est soumise à des séances de suspension qui ont pour but d'assouplir sa colonne vertébrale. Celle-ci, suffisamment assouplie, sera maintenue en aussi bonne position que possible dans un corset plâtré, des sections tendineuses, que rien n'empêche de multiplier puisque les muscles ne servent plus à rien, permettront ensuite de mettre les cuisses en extension, l'enfant debout, en un mot. Alors seulement nous pourrons nous rendre compte de l'opportunité d'interventions articulaires, d'arthrodèses qui permettront à la fillette de prendre sur les pieds les points d'appui intermittents nécessaires pour la marche avec des béquilles. Il faudra pour cela du temps, de la patience, et le résultat ne sera certes pas très brillant, mais tout est relatif, et nous aurons encore rendu à cette petite malheureuse un réel service quand nos efforts seront couronnés de succès.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD.

Séance du 13 Janvier 1905

Présidence de M. Surmont, vice-président

Pelade familiale.

MM. **Charmeil** et **Bertin** présentent deux malades, le père et l'enfant, atteints tous deux de pelade du cuir chevelu. Cette coïncidence évoque des considérations qui seront exposées ultérieurement dans une *communication écrite*.

M. **Oui** rappelle la théorie nerveuse de Jacquet. Il insiste sur la présence de deux dents cariées.

M. **Surmont** cite un cas qu'il a observé. Il s'agissait de deux jumelles ayant fait une pelade localisée, coïncidant avec l'éruption d'une dent de sagesse. Cette observation viendrait à l'appui de la théorie de Jacquet. M. Surmont se demande toutefois si l'on ne peut assimiler ces cas de pelade familiale aux affections parasitaires cutanées, qui ne se développent, ainsi que l'a montré Decaponb, que dans des conditions de mauvaise hygiène corporelle, ou de mauvaise nutrition.

Désarticulation interscapulothoracique pour ostéosarcome de la tête de l'humérus

M. Drucbert présente une pièce d'ostéosarcome de l'humérus enlevée par M. le professeur Dubar. Après une période de latence de quelques mois, la tumeur, dont le point de départ était central, a brisé sa coque osseuse, il y a six semaines, et dès lors, elle a subi un accroissement de volume assez rapide pour atteindre le volume d'une petite tête d'enfant. La forme du moignon de l'épaule, la rapidité d'évolution, le développement des vaisseaux

cutanés et la consistance de la tumeur, ne laissaient subsister aucun doute sur la nature de celle-ci, et M. Dubar a pratiqué la désarticulation interscapulothoracique.

La tumeur présente l'aspect d'une masse extrêmement riable, parsemée de grandes lacunes sanguines qui lui donnent une teinte rouge très foncée. La tête de l'humérus est presque complètement détruite ; il ne subsiste qu'une coque osseuse au niveau de l'articulation scapulohumérale ; le col chirurgical et une partie de la diaphyse ont été détruits complètement par l'envahissement néoplasique.

De l'absence de spasticité dans l'hémiplégie cérébrale, 2° de l'origine corticale de l'épilepsie essentielle ; à propos du cas de MM. Raviart et Chardon.

M. **Ingelrans** lit une communication qui *a été publiée in extenso.* (V. *Écho Médical du Nord*. 1905, p. 41).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le Bureau du **Congrès international de la tuberculose** dans sa séance du 20 décembre 1904, sous la présidence de M. Hérard, a fixé d'une façon précise un certain nombre de points de l'organisation du Congrès.

Ce Congrès est placé sous le haut patronage de M. E. Loubet ; les présidents d'honneur sont MM. Casimir Périer et Léon Bourgeois ; président effectif : M. Hérard ; vice-présidents : MM. Chauveau et Brouardel.

Le Congrès se divisera en deux parties, subdivisées elles-mêmes en deux sections, soit quatre sections. Le secrétaire général du Congrès est M. Letulle. Le commissaire général pour l'Exposition, les fêtes et les réceptions est M. Léon Petit. Les secrétaires généraux adjoints sont : MM. Derecq, Sersiron, Georges Bourgeois. Le trésorier du Congrès est M. Pierre Masson.

Chacune des sections est en voie d'organisation ; elle sera autonome et aura ses vice-présidents, ses secrétaires et son comité.

Ire PARTIE. — Pathologie médico-chirurgicale expérimentale et comparée

1re Section : Pathologie médicale, sous la présidence du professeur Bouchard ; 2e Section : Pathologie chirurgicale, sous la présidence du professeur Lannelongue.

IIe PARTIE. — Préservation et assistance

3e Section : Préservation et assistance de l'enfant, sous la présidence du professeur Grancher ; 4e Section : Préservation et assistance de l'adulte, sous la présidence du professeur Landouzy.

***

La 1re section, pathologie médicale, présidée par le professeur Bouchard, a déjà choisi deux sujets de rapports : 1° Traitement du lupus par les nouvelles méthodes. Rapporteurs français, MM. Jeanselme et Chatin ; rapporteur danois, M. Forchhammer (Copenhague) ; rapporteur allemand (non encore désigné) ; 2° Diagnostic précoce de la tuberculose par les nouvelles méthodes. Rapporteur français, M. Achard ; rapporteur italien, M. Mariani ; rapporteur anglais (non encore désigné).

La 2e section, pathologie chirurgicale, présidée par le professeur Lannelongue, compte parmi les membres du Comité nombre de chirurgiens de Paris et de la province. Paris : MM. Berger Le Dentu, Lejars, Mauclaire, Villemin, Kirmisson ; Corps de santé militaire : MM. Kelsch, Guwoski ; Corps de santé des colonies : M. Kermorgant ; Lyon : MM. Mori, Josserand, Gangolphe ; Bordeaux ; MM. Piéchaud, Demons ; Lille : MM. Gaudin, Follet ; Nancy : MM. Frœlich, Gross ; Montpellier : MM. Tédenat, Estor ; Toulouse : MM. Jeannel, Bézy.

Trois sujets de rapports ont été choisis :

1° Etude comparative des diverses tuberculoses. Rapporteur français, M. Arloing (Lyon) ; rapporteur allemand, M. Kossel (Giessen) ; rapporteur américain (non encore désigné) ; 2° Tuberculose iléo-cæcale. Rapporteurs non encore désignés ; 3° Interventions chirurgicales dans la tuberculose des méninges et de l'encéphale. Rapporteurs non encore désignés.

La 3e section, Préservation et assistance de l'enfance, présidée par le professeur Grancher, a organisé son bureau : Professeur Hutinel, vice-président ; MM. Marfan et Méry, secrétaires. En outre, M. Grancher compte demander à douze médecins pédiâtres des hôpitaux de Paris de composer un Comité médical présidé par M. Sevestre, avec M. Guinon comme secrétaire.

Trois sujets de rapports ont été désignés : 1° Préservation scolaire ; 2° Préservation familiale ; 3° Sanatoriums maritimes.

La 4e section, Préservation et assistance de l'adulte, présidée par le professeur Landouzy, a choisi trois sujets de rapports : 1° Facteurs étiologiques de la tuberculose. Des conditions économiques dans l'étiologie sociale de la tuberculose. — Rapporteur français, M. Romme (Paris) ; rapporteur autrichien, M. Weichselbaum (Vienne) ; rapporteur anglais (non encore désigné). 3° Rôle des dispensaires et des sanatoriums dans la lutte antituberculeuse. — Rapporteur français, M. Courtois-Suffit (Paris) ; rapporteur danois, M. Bang (Silkeborg) ; rapporteur belge, M. Beco (Bruxelles). 3° Assurances et mutualités dans la lutte contre la tuberculose. — Rapporteur français, M. E. Fuster (Paris) ; rapporteur allemand, M. Bielefeld (Berlin) ; rapporteur anglais (non encore désigné).

Le Comité d'organisation a décidé que, pour chaque section, le nombre des sujets de rapports ne doit pas excéder quatre. Chaque sujet sera traité par un rapporteur

français et un ou plusieurs rapporteurs étrangers. Chaque rapport ne devra pas excéder 16 pages. Chaque rapporteur s'engage à fournir en même temps que son rapport *in extenso* un résumé de ce travail ne dépassant pas une page. Chaque résumé sera imprimé en français, anglais et allemand. La dernière limite pour l'envoi des manuscrits des rapports est fixée au 30 juin 1905.

Le Congrès international de la Tuberculose n'est pas simplement un Congrès médical, c'est avant tout un Congrès d'Hygiène sociale. Un certain nombre de membres du bureau, le professeur LANDOUZY entre autres, ont insisté sur la part importante qu'il convient de donner au côté social de la lutte contre la tuberculose. C'est pour répondre à cette cette idée que le Bureau a décidé qu'au moment du Congrès, pendant le mois d'octobre, une exposition se tiendra au grand palais des Champs-Élysées. Cette Exposition de la tuberculose se divisera en deux sections : 1° section scientifique ; 2° section industrielle.

La section scientifique formera un musée où prendront place la bactériologie, l'anatomie pathologique, la démographie, la statistique et, d'une façon générale, les divers points de vue de la lutte contre la tuberculose.

La section industrielle formera une exposition commerciale et industrielle ouverte gratuitement aux congressistes et recevant toutes les industries, tous les commerces ayant trait directement ou indirectement à la lutte contre la tuberculose.

La cotisation des membres du Congrès est fixée à 25 fr. Chaque congressiste aura droit à : 1° Guide au Congrès ; Catalogue du Musée ; Catalogue de l'Exposition ; 2° Fascicule donnant, en trois langues, le résumé des rapports ; 3° Volume des Rapports in extenso ; 4° Volume des Sections : discussion des rapports et communications diverses.

Il est institué près la Faculté de Médecine de Lyon un **Enseignement préparatoire à l'Ecole du service de santé militaire.**

Cet enseignement comprend les Conférences suivantes :

Anatomie : M. TESTUT, professeur ; Histologie : M. RENAUT, professeur ; Physiologie : M. MORAT, professeur ; Chimie biologique : M. HUGOUNENQ, professeur ; Pathologie externe et petite chirurgie : M. TIXIER, agrégé : Pathologie générale et Pathologie externe : MM. MAYET, professeur, COLLET, agrégé ; Allemand : M. EHRHARD, professeur.

Cet enseignement, organisé suivant le mode de travail des Conférences, comprendra 150 leçons environ. Il commence, chaque année, dès la rentrée des cours. Chaque jour a lieu une Conférence.

La rétribution des Cours, pour l'ensemble de l'enseignement, est fixée, pour cette année, à 150 francs.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine, quai Claude-Bernard, à Lyon.

Ces enseignements seront ouverts, aux conditions ci-dessus, à tout étudiant en médecine immatriculé.

Le cycle des divers enseignements complète les cours magistraux faits par les professeurs et embrasse exactement tous les éléments du programme du Concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire.

Chaque leçon, d'une durée d'une heure et demie à deux heures, est suivie d'interrogations et, pour les épreuves écrites de physiologie et de chimie biologique, les élèves sont exercés à rédiger des compositions qui sont corrigées par les professeurs.

2e Congrès Français de climatothérapie et d'hygiène urbaine.

(Arcachon, 24-29 avril 1905.)

Bureau du Congrès : Président : M. le professeur RENAULT, de Lyon ; Vice-présidents nationaux : MM. les professeurs CALMETTE, de Lille, GRASSET, de Montpellier, et le docteur BALESTRE, de Nice ; Vice-président régional : M. le professeur PITRES, de Bordeaux ; Vice-Président local : M. le docteur LALESQUE, d'Arcachon ; Secrétaire général : M. le docteur FESTAL, d'Arcachon ; Secrétaires adjoints : MM. les docteurs DHOURDIN et HAMEAU, d'Arcachon ; Trésorier général : M. le docteur DECHAMP, d'Arcachon ; Trésorier adjoint : M. le docteur CAZABAN, d'Arcachon.

Les Compagnies de chemins de fer consentent, en faveur des congressistes, une réduction de 50 % valable pour Arcachon, Pau et Biarritz pendant les quinze derniers jours d'avril. Femme et enfants des congressistes se joignant à eux jouiront de la même réduction. Des excursions seront organisées sur la baie et dans la forêt d'Arcachon, ainsi que dans le Béarn et le Pays basque.

Un exemplaire des rapports sera envoyé à chaque adhérent dix jours au moins avant l'ouverture du Congrès. Les confrères qui désirent faire des communications sont priés de vouloir bien en adresser le titre et le résumé en quelques lignes au secrétaire général avant le 20 mars.

Un programme détaillé des travaux et des excursions ainsi que le règlement et les statuts seront très prochainement publiés et adressés à tous les médecins qui en feront la demande.

Pour les communications ou renseignements, s'adresser à M. le docteur FESTAL, à Arcachon ; pour les adhésions, cotisations, souscriptions à M. le docteur DESCHAMP, à Arcachon.

UNIVERSITÉ DE LILLE

L'Université Victoria de Manchester et Liverpool a décerné à notre collègue le professeur CALMETTE, dans son meeting annuel du 27 janvier 1905, le grade honorifique de docteur ès-sciences. Nous lui adressons à cette occasion nos bien vives félicitations.

UNIVERSITÉS

Lyon. — M. le docteur Gonnet a été nommé, après concours, chef de clinique obstétricale ; M. le docteur Trillat, chef de clinique adjoint.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — M. le docteur Poirier, professeur à la Faculté, a été nommé membre de l'Académie de médecine par 58 voix sur 85.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont nommés *Commandeur* : M. le docteur Debove, doyen de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux ; *Chevaliers* : MM. les docteurs Briot, conseiller général du Jura ; Aubœuf, Gros, médecins de 1re classe de la réserve de l'armée de mer ; Fragne, médecin de 2e classe de la réserve de l'armée de mer ; Courtier, Vincent, Lefebvre, Lasselves, médecins de 1re classe de l'armée de mer.

Instruction pnblique. — Sont nommés *Officiers d'académie* : MM. les docteurs Deletré, de Sèvres ; Prouvost, médecin-major à Toulouse ; Tartavez, d'Oran.

Mérite agricole. — A été nommé *Officier* : M. le docteur Landouzy, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Rebatel, conseiller général du Rhône ; Baudouin, médecin chef de l'hôpital militaire de Bourges ; Lefebre, de Nevers (Nièvre) ; Friot, de Nancy, conseiller général de Meurthe-et-Moselle ; Ricard, de Preignac (Gironde) ; Rietsch, professeur de chimie et de bactériologie à l'École de médecine de Marseille ; Mahalin, le dernier médecin exerçant à Metz, en vertu d'un diplôme français ; Chevalier, de Provins (Seine-et-Oise) ; Torreille, conseiller général de Vence (Alpes-Maritimes).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

3e Semaine, du 15 au 21 Janvier 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	8
3 mois à un an	13	7
1 an à 2 ans	7	3
2 à 5 ans	4	7
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	2	»
20 à 40 ans	6	7
40 à 60 ans	13	8
60 à 80 ans	24	14
80 ans et au-dessus	5	7
Total	84	62

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	»	»	2	»	»	»	1	»	5	10	2
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	2	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	5	15	12
Moulins, 24,947 hab.	»	6	»	»	1	2	»	»	6	»	3	»	»	1	»	»	»	»	»	11	30	15
Wazemmes, 36,782 hab.	»	5	»	»	»	»	»	1	4	1	2	»	»	2	»	1	2	»	»	16	32	27
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	1	1	4	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	12	8
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	1	»	»	»	»	1	»	4	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	12	7
Esquermes 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	8	9
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	4	2
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	6	1	1	»	»	»	»	»	1	»	»	4	14	13
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	2	6
Sud, 5,908 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	7	5
Total	»	17	»	»	2	2	4	3	29	8	7	»	»	12	»	1	1	2	»	58	146	106

N° 421. Neuvième Année. N° 6 Le Numéro : 10 centimes 5 Février 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Grossesse tubaire droite, terminée par hématosalpinx et hématocèle ; annexite gauche ; castration totale par le procédé de J.-L. Faure (1).

par MM. le docteur **M. Oui** et **Descarpentries**, interne des hôpitaux.

Madame X..., âgée de trente-cinq ans, est entrée le 9 décembre 1904 à l'hôpital St-Sauveur, pour des douleurs abdominales et de petites métrorragies. Cette dame qui ne présente pas d'antécédents pathologique généraux à signaler, a un passé génital assez chargé. Mariée à vingt-deux ans, elle n'eut jamais d'enfant et déclare n'avoir jamais fait de pertes, mais deux ans après son mariage ses menstrues devinrent plus abondantes, irrégulières et elle souffrit de douleurs localisées dans le côté gauche. On lui fit alors un curettage ; la menstruation se rétablit régulière, durant quatre jours au maximum, mais des douleurs persistèrent, sourdes, s'exaspérant au moment des règles, ou lorsque la malade se fatiguait. Cet état durait depuis dix ans, quand, il y a cinq mois environ, de légères douleurs se firent sentir du côté droit. En même temps les règles perdaient de leur régularité et diminuaient en quantité. Elle fut réglée trois jours, vers le milieu d'octobre. En novembre, après un retard de huit jours, elle ressentit de violentes douleurs dans le côté droit qui la forcèrent à rester au lit ; mais jamais elle n'eut d'accidents syncopaux ; puis ses règles apparurent, elles durèrent trois jours. Depuis lors les douleurs persistent. De temps à autre, à l'occasion de fatigues ou de marches un peu longues, la malade a de petites métrorragies. Jamais elle n'a eu de pertes blanches. Jamais elle n'a perdu de membranes ou de morceaux de membrane pouvant faire penser à une caduque.

A l'examen on trouve un utérus peu mobile avec col non ramolli, légèrement ouvert.

Du côté gauche, on sent une masse manifestement formée par les annexes épaissies et englobées dans des adhérences.

Du côté droit il existe une masse de la grosseur d'une pomme, dure, très douloureuse à la palpation, paraissant faire corps avec l'utérus, s'étendant en arrière de lui, dans le cul-de-sac de DOUGLAS, et qui fait hésiter entre un fibrome utérin et une annexite.

Sur les instances de la malade, qui demande à être opérée le plus vite possible, l'intervention fut décidée et fixée au jeudi 15 décembre : il est convenu que, vu l'impossibilité d'un diagnostic précis, M. le professeur OUI, qui s'est chargé de l'opération, se réserve le choix de la conduite à tenir après nouvel examen sous chloroforme. Après anesthésie cet examen est pratiqué, M. le professeur OUI retrouve cette masse englobant l'utérus : elle lui paraît bosselée, quand, dans le palper bimanuel, il sent la tumeur éclater entre ses doigts et pose le diagnostic de salpingite. Après laparotomie on trouve des vieux caillots sanguins dans le cul-de-sac de DOUGLAS enrobés d'adhérences. L'utérus est en rétroflexion incomplète. Les annexes gauches forment une masse avec de nombreuses adhérences. Du côté droit la trompe est dilatée, de la grosseur de deux doigts, sinueuse, un peu prolabée dans le DOUGLAS et très adhérente à l'utérus. On y remarque un orifice sanguinolent qui est dû à l'éclatement lors du palper bimanuel. Sur les deux trompes se trouvent de petits kystes mucoïdes de la grosseur d'une noisette.

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 23 décembre 1904.

La catastration totale est décidée, à cause dela bi-latéralité des lésions annexielles. L'opération, étant donné la solidité et l'étendue des adhérences, fut faite par hémisection utérine (procédé de J. L. FAURE).

Drainage à la MIKULICZ, pansement aseptique. Les suites de l'opération sont régulières.

Voici les pièces : la trompe gauche est atteinte de salpingite chronique. La trompe droite est très dilatée surtout au niveau de l'ampoule. Dans son milieu on voit un caillot sanguin de la grosseur d'une noix. De chaque côté d'autres caillots plus petits et effilés dont certains s'engagent dans l'orifice abdominal de la trompe. A l'examen microscopique M. le professeur CURTIS a trouvé dans le premier caillot des villosités choriales ; ce caillot était, pour ainsi dire, enchâssé par la muqueuse de la trompe.

La muqueuse utérine est absolument normale et n'a pas subi la transformation en caduque.

Cette observation suggère les réflexions suivantes. Etant donné le très faible retard des règles en novembre et le peu d'importance des accidents signalés par la malade, il n'était guère possible de faire le diagnostic de grossesse tubaire arrêtée dans son évolution par une apoplexie ovulaire et une hématocèle. Le diagnostic avait donc hésité entre une salpingite kystique et un fibrome, en ce qui concerne la tumeur droite en connexion intime avec l'utérus. Le diagnostic d'annexite gauche s'imposait.

Une fois la laparotomie faite, la bi-latéralité des lésions entraînait l'indication de la castration totale. La préférence fut donnée pour le procédé opératoire, à l'hémisection utérine qui diminue considérablement les difficultés et la longueur de l'opération dans le cas d'adhérences très serrées et très étendues.

Un cas d'ictère acholurique rendu pseudo-cholurique par l'élimination des matières colorantes du séné (1)

par MM.

H. Surmont, Professeur et M. Dehon, aide-préparateur

de pathologie interne à la Faculté de médecine

Le 4 octobre, l'un de nous était consulté par M. M..., âgé de 44 ans, pour quelques petits accidents neurasthéniques consécutifs à du surmenage.

Rien à noter du côté des divers organes et appareils, sauf, au sommet du poumon droit, dans la fosse sus-épineuse, un souffle localisé symptomatique d'une tuberculose ancienne contractée à l'âge de dix-huit ans, complètement guérie depuis lors.

M. M... présente, en outre, un peu de rhino-pharyngite chronique avec granulations.

Dans les urines, fraîchement examinées et filtrées, ni albumine, ni sucre, ni bile : réaction de HAY, négative.

M. M..., que M. SURMONT connaît depuis vingt ans, est un cholémique familial typique. Une hygiène physique et intellectuelle meilleure lui est conseillée et son régime alimentaire est modifié.

La situation de M. M... était en voie d'amélioration, lorsque, le 16 novembre, il prit la purgation bi-annuelle dont il est coutumier. Dès le 15 après-midi, l'effet de la purgation est préparé par l'ingestion abondante de décoction de poireaux.

(1) Communication à la *Société de médecine du Nord*, séance du 13 janvier 1905.

Le 16, à 5 heures 30 du matin, ingestion d'une dose de 35 à 40 grammes de sulfate de magnésie. De 5 heures 30 à 10 heures, quatre garde-robes, dont deux abondantes. Cependant, ce résultat ne satisfait pas M. M... qui absorbe à 10 heures, une décoction de 30 grammes de follicules de séné.

Cette nouvelle purgation est suivie de l'évacuation de quatre selles glaireuses peu abondantes.

A 5 heures du soir, M. M..., qui était resté à la maison, ce jour-là, sort pour aller jusqu'à son bureau. En rentrant, à 7 heures, nouvelle garde-robe.

Les jours suivants, 17, 18 et 19, M. M... est en mauvais état, fiévreux, exténué ; doué d'une grande énergie, il continue, tant bien que mal, à aller à ses affaires ; mais le 20, après-midi, il est obligé de s'aliter.

Dès le 17, est apparu un ictère qui s'est accompagné de décoloration des fèces. Cet ictère était assez accusé pour que les amis de M. M... lui en fissent la remarque dès le 17, et bien que M. M... ait, habituellement, un teint de cholémique d'un jaune assez foncé.

Le 20 et le 21, la coloration des urines qui, le jour précédent, avait été assez foncée, va s'atténuant ; le 22, M. SURMONT voit le malade ; à ce moment, la teinte de l'urine est encore d'un jaune ocre assez intense ; il est facile, même à un œil exercé, de se méprendre sur cette fausse coloration ictérique qui rappelle assez bien, en apparence, celle de l'urine bilieuse.

L'ictère est encore très net, mais d'une teinte claire ; il est généralisé et ne s'accompagne ni de démangeaisons, ni d'aucun des troubles secondaires quelquefois concomitants. Le pouls qui est toujours un peu lent, chez ce sujet, bat soixante, comme à l'ordininaire. Le foie n'est pas augmenté de volume.

Le 23 et le 24, la coloration des urines est plus forte que les jours précédents (1). Le 25, seulement, elle reprend l'intensité de coloration qu'elle avait le 22.

A partir du 26, les selles sont recolorées et, ce jour-là, le malade est assez bien pour faire, dans la matinée, à pied, et sans fatigue, une course de dix kilomètres.

La coloration des urines n'est cependant pas encore normale.

Les jours suivants, la convalescence se parfait et le malade revient à son état antérieur.

La relation qui précède est, par elle même, déjà intéressante, en ce sens qu'il n'est pas extrêmement fréquent de voir un malade atteint d'ictère, à la suite d'une purgation intempestive, même, dans les cas où, comme chez notre malade, il y a eu abus évident.

Un deuxième point plus curieux est le suivant : Examinant les urines fraîchement émises, M. SURMONT avait été étonné, étant donnée leur coloration particulière, et aussi celle des téguments du malade, de ne pas y trouver la réaction de GMELIN, ni même celle de HAY. L'urine fut alors, le jour même, examinée plus complètement, au laboratoire.

Cette urine possédait un pouvoir tinctorial spécial, et colorait fortement, en jaune ocre, le papier à filtrer ; l'extrait chloroformique de l'urine était également fortement teinté.

Au contact de l'acide azotique nitreux, l'urine donnait

(1) Nous supposons qu'à ce moment il s'est fait une élimination des pigments biliaires par l'urine.

un anneau de couleur brune qui aurait pu en imposer, à première vue, pour celui qu'on observe au contact de cet acide avec la bile ; mais, on ne constatait pas dans cet anneau la superposition des couleurs caractéristiques de la réaction de GMELIN : c'est-à-dire, de bas en haut : vert, bleu, violet, rouge et jaune.

La réaction plus délicate de SALKOWSKY était également négative.

La recherche spectroscopique des pigments biliaires vrais ou modifiés, effectuée aussi bien sur l'urine même que sur l'extrait chloroformique, était absolument négative : en particulier, il n'y avait pas d'urobiline. La partie droite du spectre n'était pas obscurcie de façon appréciable.

Enfin, l'urine ne donnait pas, au contact de la soude, la coloration rose que l'on constate dans cette humeur, dans certaines conditions sur lesquelles nous reviendrons plus loin, à la suite de l'ingestion de séné (1).

En résumé, la coloration spéciale de l'urine dont il s'agit ici, n'était pas due aux matières colorantes biliaires, bien que le sujet fût atteint d'ictère manifeste. On peut définir le fait en disant qu'il s'agissait d'un ictère en réalité acholurique, bien qu'il parût cholurique, à la simple inspection de l'urine, le jour de notre examen. L'ictère a-t-il été acholurique, les jours précédents ?... Nous ne le croyons pas, à cause de l'absence totale d'urobiline au moment où nous la recherchâmes.

En présence de cette double constatation : ictère avec décoloration des matières fécales, d'une part, urine pseudo-ictérique, d'autre part, il y a lieu de se demander si la coloration des téguments du malade n'était pas, comme celle de l'urine, pseudo-ictérique, et due à leur imprégnation par la substance colorante du séné : autrement dit, s'il ne s'agissait pas d'un pseudo-ictère d'origine sénéique ?...

Cette hypothèse a contre elle le fait que, jamais, à notre connaissance, elle n'a été vérifiée par un cas analogue, malgré l'usage très répandu du séné ; elle n'est cependant pas illogique, puisque l'on connaît d'assez nombreuses observations de pseudo-ictère tel, par exemple, que celui occasionné par la manutention de l'acide picrique et qui s'observe, entre autres, chez des ouvriers travaillant à la fabrication de la mélinite.

Un moyen de trancher la question de façon décisive eut été la recherche de la bile dans le sérum du malade ; malheureusement, cette recherche n'a pu être effectuée, le malade ayant été vu entre deux trains.

La seconde hypothèse qui vient à l'esprit, pour expliquer la pathogénie du fait clinique ici rapporté, est que le séné ingéré après le sulfate de magnésie a déterminé un catarrhe intestinal caractérisé par les selles glaireuses signalées par le malade. Ce catarrhe s'est propagé aux voies biliaires et a produit l'ictère avec obstruction qui a évolué les jours suivants. Dans ces conditions, nous nous sommes trouvés en présence d'un cas d'ictère vrai, acholurique, c'est-à-dire sans passage de la bile dans l'urine, mais avec cette particularité que l'élimination de la substance colorante du séné, au niveau du rein, rendait l'urine pseudo-ictérique.

Nous nous arrêtons délibérément à cette seconde hypothèse pour les raisons cliniques suivantes :

1° La longue durée de l'ictère, qui s'est accompagné de décoloration des matières fécales pendant dix jours, s'explique bien par l'existence d'un ictère vrai ; elle ne se comprend pas dans l'hypothèse d'une imprégnation des tissus par la matière colorante du séné, autrement dit d'un pseudo-ictère qui aurait dû avoir son maximum probablement d'emblée et aller, ensuite, en décroissant, au fur et à mesure de l'élimination du principe colorant.

2° La marche de l'affection qui est bien celle d'un ictère catarrhal ayant eu son maximum le quatrième jour après la purgation.

3° Les ictères acholuriques sont bien connus et extrêmement fréquents, tandis que, jusqu'à présent, le pseudo-ictère d'origine sénéique est inconnu. De plus, notre malade, cholémique avéré, est, de ce fait, prédisposé à l'ictère acholurique.

On pourrait peut-être être tenté de nous objecter, bien qu'à tort, que l'existence de la matière colorante du séné dans l'urine de notre malade n'est pas absolument démontrée, puisque nous avons constaté l'absence de la réaction colorée, rose, caractéristique du passage, à travers le rein, de certains des principes du séné. A cela nous répondrons qu'il y a lieu de remarquer que parmi les produits d'origine sénéique évacuables par le rein :

1° La substance qui donne avec l'alcali la réaction rose, réaction que les urologistes ont coutume de considérer comme caractéristique de l'acide chrysophanique, mais qui, pour BRISSEMORET (1), serait d'une façon plus générale, caractéristique des composés oxyméthylanthraquinoniques ne colore pas l'urine en jaune ; et que cette substance fait défaut dans l'urine quelques heures après la prise de séné (2) : ainsi, dans l'urine d'un sujet que nous avions intentionnellement purgé, le matin à jeûn, avec une décoction de 25 grammes de follicules de séné, l'urine fut, pendant les dix-sept heures qui suivirent, très pâle, légèrement dichroïque ; la réaction colorée avec la soude qui avait apparu vers la cinquième heure atteignit son maximum d'intensité à la septième heure et disparut totalement à partir de la neuvième heure. Cette constatation explique pourquoi nous n'avons plus trouvé la

(1) Et mieux encore après l'ingestion de rhubarbe.

(1) Thèse de doctorat en médecine, Paris 1903.

(2) Par contre, après l'ingestion de rhubarbe, la réaction colorée est susceptible d'être obtenue cinq heures après un temps très long, bien après que l'action purgative est terminée.

réaction colorée dans l'urine de M. M..., émise le 22, c'est-à-dire six jours après l'ingestion de séné.

2° Un produit purgatif : acide cathartique de GENSZ (1), glucosennine de TSCHIRCH (2), indépendant de la substance précédente (GENSZ), puisque l'ingestion de ce produit isolé possède l'action purgative du séné et ne donne pas dans l'urine la réaction colorée.

3° Une substance colorante, jaune ocre, séparable, par l'éther et le chloroforme, de la décoction aqueuse de séné et dont l'élimination est tout-à-fait indépendante, par le début de son apparition dans l'urine et sa durée, de celle du principe qui donne la réaction colorée avec la soude.

Voici ce que nous apprend, à ces différents points de vue, l'expérimentation suivante que nous avons instituée :

Un chien de 4100 grammes reçut, en injection sous-cutanée, 50 centimètres cubes de l'extrait éthéré, ainsi préparé, d'une décoction aqueuse de séné : 125 grammes de follicules de sené furent maintenus pendant 30 minutes dans 400 centimètres cubes d'eau distillée bouillante ; 40 centimètres cubes de la décoction aqueuse ainsi obtenue furent, après refroidissement, agités longuement avec un un égal volume d'éther sulfurique. L'extrait éthéré, de couleur jaune ocre foncé, fut évaporé à sec au bain marie ; le résidu sec de l'évaporation repris dans 50 centimètres cubes d'eau, dans laquelle il est parfaitement soluble, donna une solution jaune ocre destinée à l'injection.

Pendant les 24 heures qui suivirent cette dernière, l'urine de l'animal, quoique rare (13 centimètres cubes), conserva sa coloration normale et ne donna pas la réaction rose en présence de la soude.

A la vingt-septième heure seulement, le chien commença à éliminer la matière colorante injectée et l'urine présenta, pendant quarante-huit heures, une coloration jaune ocre sensiblement analogue à celle de l'urine du malade qui fut soumise à notre examen. La recherche de la réaction rose avec la soude, dans l'urine de ces quarante-huit heures, fut négative ; la partie droite du spectre n'était pas obscurcie de façon appréciable. Il en fut de même pendant les trois jours suivants, durant lesquels le chien continua à éliminer une urine d'un jaune assez foncé, bien que d'une intensité chaque jour décroissante.

L'urine reprit sa coloration tout à fait normale le sixième jour après l'injection.

Le chien, qui avait été alimenté comme à l'ordinaire, pendant la durée de l'expérience, n'eût, pendan toute cette période, que deux évacuations de feces dures et ne ressentit donc, du fait de notre injection, aucun effet purgatif. Il ne présenta, à aucun moment, d'imprégnation des muqueuses par la bile.

En somme le diagnostic d'ictère acholurique rendu pseudocholurique par l'élimination des substances colorantes du séné s'appuie aussi bien sur les raisons expérimentales que sur les déductions cliniques. Au point de vue pratique, bien qu'il y ait eu chez notre malade abus évident, il y a lieu de se demander si le purgatif que beaucoup de médecin sont coutume d'administrer, dès le début, aux malades atteints d'ictère catarrhal, est aussi indiqué qu'ils le pensent. En tous cas ce purgatif devra être doux et de préférence salin.

(1) GENSZ : Thèse de pharmacie; DORPAT, 1893.
(2) Cité par BRISSEMORET : *loco citato*.

Urémie à forme nerveuse, améliorée par la ponction lombaire (1)

par MM.

M. Breton, chef de clinique médicale et P. Vansteenberghe, chef des travaux pratiques de bactériologie

Il nous a paru intéressant de relater l'observation d'un malade atteint d'urémie nerveuse, traité avec succès par la ponction lombaire. Nous insisterons surtout sur l'analyse clinique du cas que nous publions, sur l'étude chimique et bactériologique du liquide recueilli, sur les commentaires que suggèrent les résultats thérapeutiques.

Gustave V.., âgé de 19 ans, employé, est amené à l'hôpital le 14 décembre 1904, au soir, dans le coma le plus complet. Au dire de ses parents, le malade est rentré chez lui, le dimanche précédent, en bon état de santé, et sans s'être livré à aucun excès de boisson. Il s'est couché à 5 heures du soir, et quelques minutes après, a présenté une véritable crise épileptiforme avec cri initial, phase clonique, puis tonique. Cette crise a duré trois quarts d'heure et a été suivie du coma qui a persisté quatre jours. Durant ce temps, le médecin appelé a fait une saignée. L'état grave persistant, on a décidé le transport du sujet dans le service de M. le Professeur COMBEMALE, trois jours après le début de la crise.

Le malade ne nous est pas inconnu, car, il y a deux mois, il fit un séjour à l'hôpital pour une anasarque avec albuminurie dont nous avons d'ailleurs ignoré l'origine. Le sujet a fait, à 6 ans, la rougeole, à 8 ans, une otite, et depuis cette époque, nous ne pouvons noter aucune infection, ni aucune intoxication. Le père et la mère sont en bonne santé, ainsi qu'un frère et une sœur. D'autres frères sont morts en bas âge. A la fin de l'année 1903, le malade, sujet aux bronchites, a un catarrhe pulmonaire qui dure deux mois. Au cours de cette affection, il remarque que son urine est absolument noire, et que cet état persiste pendant quelques jours. Il n'éprouve à ce moment aucun symptôme rénal. Quelques mois après, en mars 1904, les urines redeviennent noires, et pour la première fois, le sujet éprouve de la fatigue, une céphalée persistante, du malaise général, un léger œdème prétibial. L'attention est attirée du côté de l'appareil urinaire et l'examen révèle 7 grammes d'albumine par litre. Le malade se soumet à un régime lacté absolu, sans déchloruration. Une amélioration rapide s'observe, mais, à la suite d'un refroidissement, et bien que le sujet ne prenne que du lait, il présente les accidents qui ont nécessité son premier séjour à l'hôpital. Au mois d'octobre dernier, l'enflure était généralisée, l'albumine persistant avec polyurie, 4 à 5 litres en 24 heures. Le malade avait subitement perdu la vue et le diagnostic d'œdème péri-papillaire, sans hémorrhagies et sans rétinite, avait été porté par le docteur PAINBLAN, qui l'avait examiné. Sous l'influence du repos, du régime et d'une thérapeutique appropriée, une amélioration sérieuse se manifesta en huit jours, seuls les troubles de la vue ne rétrocédèrent pas complètement. Le malade était presque guéri, et, pendant deux mois, la situation resta stationnaire. Puis, survinrent brusquement, le 14 décembre, les accidents comateux que nous avons signalés au début de cette observation.

Lorsque nous le voyons à la visite du 15 décembre au matin, le malade, qui avait eu pendant la nuit de nom-

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 23 décembre 1904.

breux accès de dyspnée, commence à sortir du coma. Il est étonné d'apprendre la suite des accidents qui ont nécessité son transport à l'hôpital.

Le facies est pâle, sans bouffissure. L'intelligence est encore obscurcie. Les troubles de la respiration sont très marqués, ils consistent en crises d'anhélation qui ne revêtent pas le type de CHEYNE-STOKES et qui se renouvellent à de fréquents intervalles. Le malade n'expectore pas. L'œdème est peu abondant, il est localisé aux crêtes tibiales. La quantité d'urine émise en 24 heures est de 700 grammes environ.

A l'examen de l'appareil pulmonaire on note : à la percussion, une matité complète aux deux bases, remontant sur une hauteur de cinq travers de doigt. A ce niveau, abolition des vibrations thoraciques, et à l'auscultation, suppression du retentissement des bruits bronchiques. Il s'agit d'un hydrothorax double. Les deux sommets ont quelques râles de bronchite dont ni le nombre ni la valeur ne suffisent à expliquer la dyspnée.

Au cœur, on entend, au niveau de la pointe, un bruit de galop qui ne se renouvelle pas à chaque évolution cardiaque. La matité est augmentée, et la forme de celle-ci répond à une hypertrophie du ventricule gauche. Pas de bruits valvulaires surajoutés, pas de frottements péricardiques, ni de signes d'épanchement de la séreuse. Le pouls est normal, bien frappé, d'un rythme égal, non dicrote.

Rien à noter du côté des organes abdominaux. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt environ. Il est douloureux à la pression. La rate est normale. Les fonctions digestives s'effectuent bien. Légère diarrhée le jour de l'entrée à l'hôpital ; celle-ci ne persiste d'ailleurs pas.

Somme toute, l'état général du malade est médiocre : il se plaint surtout de la gêne respiratoire, de la céphalalgie intense qui l'empêche de se livrer à tout effort et qui s'exaspère dès que le malade augmente son décubitus horizontal. Il constate aussi l'impossibilité absolue de distinguer l'opacité d'un objet placé devant les yeux. La vue est complètement abolie.

Les urines examinées présentent les caractères suivants : Quantité émise en vingt-quatre heures : 700 grammes, réaction, acide ; urée, 9 gr. 5 0/00 ; chlorure, 8 gr. 46 0/00 ; albumine, 1 gramme (extrêmement rétractile), ni sucre, ni pigments biliaires.

A l'examen microscopique, quelques rares cylindres graisseux. Gouttelettes de graisse libre, en abondance. L'urine agitée avec de l'éther abandonne un dépôt assez notable de graisse. Pas d'autres éléments normaux et anormaux, sauf quelques rares globubes rouges.

Le 16 décembre, l'état général du malade est un peu amélioré, mais ce dernier se plaint toujours de céphalée intense, d'accès de dyspnée qui lui surviennent à chaque mouvement. Les troubles de la vue sont encore aussi marqués. C'est à ce moment que l'on pratique une ponction lombaire. Elle donne issue à un liquide parfaitement clair, s'écoulant goutte à goutte, sans production de jet, manifestant une hypertension. En 15 minutes, on en obtient 26 centimètres cubes. La ponction n'est accompagnée ni suivie d'aucun accident. L'examen du liquide ne permet pas de déceler de globules blancs, ni de microbes. On y trouve quelques rares hématies déformées et de fines gouttelettes de graisse. Les ensemencements pratiqués aussitôt, sont négatifs, soit en aérobie, soit en anaérobie.

L'analyse chimique du liquide céphalo-rachidien recueilli donne les résultats suivants : densité : 1008,04 ; réaction légèrement alcaline ; albumine, 0,75 par litre ; matières grasses, traces ; glycose, néant ; urée, 2 grammes ; chlorures, 8 grammes 6 ; phosphates, néant ; point de congélation $\Delta = 0°,68$.

L'inoculation du liquide recueilli a été faite au cobaye et au lapin, à la dose d'un centimètre cube pour le premier, de 2 pour le second, par trépanation et en plein hémisphère cérébral. Les résultats sont absolument négatifs.

Cette ponction est suivie d'une amélioration notée par le malade et par tous ceux qui l'entourent. Cette amélioration se manifeste deux heures après l'intervention. Elle consiste en une disparition complète de la céphalée ainsi que des crises de dyspnée qui se reproduisaient autrefois toutes les heures. Enfin, le malade qui ne reconnaissait pas les personnes qui l'approchaient, désigne la sœur et les infirmiers par leur nom. La vision ne permet pas la lecture des caractères d'imprimerie, mais le sujet peut compter facilement le nombre des doigts que l'on expose devant lui. L'état général est excellent. On note une légère polyurie : 2 litres environ. Le taux de l'albumine n'a pas changé.

Cette amélioration dure cinq jours, à ce moment l'état du malade est moins satisfaisant. La vue s'est obscurcie et les maux de tête reparaissent à nouveau, sans avoir l'intensité des phénomènes déjà notés.

Nous avons été amenés à faire la ponction chez le malade dont nous avons donné l'étude clinique, par les observations encourageantes publiées depuis 1896, par MM. SEGELKEN, NÖLKE, BRASCH, Pierre MARIE et GUILLAIN, LEGENDRE, SCHERB, WAIL, SEFFERT, CASTELAIN et SURMONT, CASTAIGNE. Ces observations notent tantôt une amélioration, tantôt un résultat thérapeutique négatif. Jamais l'intervention ne fut préjudiciable au malade. Les résultats statistiques sont les suivants : sur un total de vingt-trois cas, y compris le nôtre, on a obtenu 15 guérisons, 3 améliorations, une prolongation apparente de la période d'état, 4 morts par progrès de la maladie. Ces quatre morts ont été observés par CASTAIGNE, et c'est dans ces cas que l'inoculation aux animaux a abouti à une intoxication fatale. Une réserve d'ailleurs s'impose en ce qui concerne le résultat définitif de la ponction : tous les malades considérés comme guéris, exception faite de ceux de MM. CASTELAIN, SURMONT et CASTAIGNE, n'ont pas été suivis à longue échéance. Nous ignorons donc si la guérison a été durable et définitive. Quoi qu'il en soit, le fait clinique indéniable est l'amélioration passagère notée dans la majorité des cas. Personnellement, l'état du malade que nous avons observé a paru se ressentir favorablement d'une ponction lombaire. Les bienfaits ne semblent pas en avoir été complets, puisque cinq jours après, certains symptômes cérébraux d'insuffisance rénale ont reparu.

Quelle est la cause de cette amélioration qu'ont signalée presque tous les auteurs ? La question est difficile à résoudre, car la cause de l'urémie cérébrale nous échappe encore. On a cru trouver dans l'étude du liquide céphalo-rachidien, recueilli au cours de cette maladie, des documents qui peuvent éclairer cet important problème. Dans le cas qui nous occupe, l'examen du liquide nous révèle les particularités suivantes : 1° une assez forte proportion d'urée, 2 grammes par litre (COMBA est le seul auteur qui ait signalé la présence d'urée à dose élevée dans la séro-

site) ; 2° une teneur en chlorures considérable, 8 gr. 6, alors que normalement, le taux varie entre 5 et 7 grammes ; 3° l'absence complète de formes microbiennes et d'éléments cellulaires (leucocytes et cellules endothéliales) permettant de rejeter l'hypothèse d'inflammation et de réaction méningée ; 4° enfin la non toxicité du liquide céphalo-rachidien injecté à doses massives dans la substance cérébrale d'animaux.

Comment, partant de ces données, expliquer les résultats obtenus ? Les auteurs qui se sont occupés de la question ont émis deux hypothèses : l'une admettant l'action mécanique de la ponction et la décompression, l'autre le rôle chimique de désintoxication. La première suffit à expliquer, dans le cas qui nous intéresse, l'amélioration des troubles visuels par diminution de l'œdème péri-papillaire, observée à l'ophtalmoscope par M. le docteur PAINBLAN, la disparition de la céphalalgie par l'hypotension consécutive à la ponction, le retour assez rapide des accidents par reproduction de liquide. Elle a contre elle l'absence de pression constatée, la faible quantité recueillie, la lenteur d'apparition des phénomènes de décompression.

La deuxième théorie, plus séduisante au premier abord, peut expliquer les guérisons obtenues dans certains cas. Elle s'appuie sur la composition chimique du liquide et a pour elle la preuve expérimentale, CASTAIGNE ayant trouvé la sérosité toxique pour les animaux dans quatre cas mortels.

Dans l'observation que nous rapportons le liquide n'était pas toxique, et pareille constatation avait été faite par CASTAIGNE et SICARD, dans d'autres cas. Le fait n'est pas surprenant, car certaines substances toxiques inactives pour les animaux sains, sont d'une activité considérable vis-à-vis d'individus atteints d'insuffisance rénale. Il nous a paru vraisemblable d'ajouter que, dans le cas qui nous occupe, la forte teneur en chlorures (1) a pu agir à double titre : en favorisant l'œdème péri-médullaire et péri-cérébral ; en empêchant l'élimination des poisons amenés à la surface des centres nerveux, et en entretenant par effet de l'équilibre osmotique l'imprégnation des cellules cérébrales (ACHARD et PAISSEAU). Il y aurait donc eu double action : l'une purement mécanique, l'autre de désintoxication. La première est sous la dépendance immédiate de l'évacuation du liquide, l'autre d'effet plus lent, favorise la première.

En admettant cette explication, nous ne serons pas étonnés de voir certains cas de ponction lombaire pour urémie couronnés d'un plein succès et peut-être suivis d'une guérison définitive, alors que, dans d'autres cas, la substance cérébrale sursaturée de produits toxiques ne tirera qu'un bénéfice très passager de l'intervention. C'est ici que le liquide hypertoxique pour l'homme le sera pour les animaux. Le pronostic serait alors fatal pour le malade (CASTAIGNE).

Quoi qu'il en soit, il nous paraît utile dans les cas d'urémie nerveuse de faire une ponction lombaire : elle est sans danger pour le malade, peut être couronnée de succès et en tous cas paraît être d'une importance pronostique et thérapeutique considérables.

(1) Une seconde ponction, sollicitée par le malade, qui présentait des accidents urémiques non cérébraux, et un œdème généralisé, nous a permis de constater les faits suivants : l'hypertension du liquide, et une teneur en chlorures très élevés, 14 grammes 5 par litre.

Deux cas d'ostéomyélite

par M. BERNARD, interne des hôpitaux (1)

Nous avons pu observer dans le service de M. le professeur FOLET deux malades particulièrement intéressants atteints d'ostéomyélite.

L'un est entré dans le service au mois de février 1902, pendant cette curieuse période de trois semaines environ, où se présentaient à la consultation et à l'hôpital de très nombreux malades atteints d'ostéomyélite. Chez certains cette infection se manifestait pour la première fois ; chez d'autres on assistait à un réveil aigu d'ostéomyélites anciennes, datant de très longtemps, vingt ans chez un des malades observés, et paraissant totalement guéries depuis lors.

L'autre malade était déjà à l'hôpital depuis le mois de septembre 1903. Tous deux ont présenté une forme grave d'ostéomyélite du membre inférieur, et malgré tous les longs efforts apportés en vue de la conservation de leur membre, ont dû finalement être amputés. Leur observation nous a paru intéressante à signaler :

OSTÉOMYÉLITE DU TIBIA

Marie Fl..., âgée de vingt-huit ans, demeurant à Sainte-Mariekerque, entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 10 septembre 1903, présentant des fistules de la jambe gauche siegeant en trois points différents de toute la partie interne du tibia. Ces ulcérations conduisent dans des trajets osseux, au fond desquels on ne sent pas de séquestre.

La malade a un passé pathologique assez chargé ; elle a fait beaucoup de maladies de l'enfance, en particulier la rougeole et la scarlatine et n'a jamais été très forte.

Elle fit à dix-sept ans une chute sur le genou et la jambe resta douloureuse longtemps.

A dix-huit ans, elle fit une fièvre typhoïde, très grave, nous dit-elle, avec rechute au moment de sa convalescence.

L'année suivante et à la même époque, elle nous dit qu'elle refit une nouvelle fièvre typhoïde, moins grave que la première ,mais dont la convalescence fut également longue. Il en fut encore de même l'année suivante. Depuis elle n'a plus eu d'accidents, mais elle n'a jamais pu se livrer à des occupations pénibles, et il faut remarquer que de temps en temps elle ressentait dans la jambe gauche des douleurs apparaissant à la suite de fatigues, et durant peu de jours.

Le 17 décembre 1902, brusquement, à la suite d'un tra-

(1) Communication à la *Société de médecine du Nord*, 1er novembre 1904.

vail pénible et prolongé, apparurent des douleurs rapidement intolérables dans toute la région tibiale; pas de rougeur de la région ni de gonflement à cette époque. La fièvre, apparut et se maintint très élevée. Le médecin appliqua des vésicatoires sur la jambe.

Ce n'est qu'au bout de trois semaines que la peau s'ouvrit spontanément en 3 endroits situés l'un en haut, l'autre au milieu, le dernier en bas de la partie antéro-interne de la jambe gauche. Il s'écoula à ce moment une grande quantité de pus. Le médecin, après avoir exploré les trajets fistuleux, pénétra dans le tibia et annonça une maladie longue avec élimination de séquestres. La suppuration fut en effet longue, mais il ne s'élimina jamais de séquestres. Les phénomènes inflammatoires furent et restèrent localisés à la région interne de la jambe ; un peu de douleur toutefois, à la partie inférieure du péroné ; pas d'hydarthrose ni de douleurs articulaires, ni de gêne dans les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne et du genou.

Mais l'état général était profondément atteint ; la fièvre, la suppuration et le lit avaient rapidement affaibli la malade. Très souvent elle avait des accès de dyspnée et de palpitations, des douleurs précordiales, de la céphalée rebelle. L'appétit s'était toutefois conservé.

Ce n'est que le 10 septembre 1903 que la malade se présente à l'hôpital St Sauveur, où on l'admet. La jambe est très volumineuse, violacée. On constate alors un épaississement de la partie supérieure du tibia, et au niveau des fistules osseuses précédemment décrites au fond desquelles le stylet ne permet de percevoir aucun séquestre mobile, on sent des tumeurs dures. L'empâtement est général. Il y a de l'adénite inguinale.

Les mouvements du genou sont peu douloureux mais sont toutefois limités. La radiographie permet d'éliminer l'idée d'ostéo-sarcome. Le diagnostic d'ostéomyélite chronique est posé et on décide une intervention qui est pratiquée le 27 septembre 1903. Le tibia fut trépané largement à la partie supérieure de sa diaphyse, et on pratiqua une gouttière jusque dans la cavité médullaire. On trouva alors quatre ou cinq longs séquestres peu volumineux. Le membre fut immobilisé en position rectiligne. Au cours des pansements qui suivirent on ne recueillit jamais que de toutes petites esquilles provenant de la brèche osseuse opératoire. Au mois de février 1904, l'état du membre a peu varié. L'os reste douloureux, le travail de réparation a peu ou point progressé ; le genou est raide.

M. Le Fort pratique une nouvelle intervention avec section du tendon rotulien, ouverture de l'articulation du genou et agrandissement large de la brèche précédemment faite à travers toute la partie épiphysaire supérieure du tibia. La plaie laissée largement ouverte suppure de longs mois; de tout petits séquestres s'éliminent parfois, le fond commence à bourgeonner. — Cependant l'état général s'améliore ; la malade reprend des forces et vers le début d'octobre dernier la suppuration est presque tarie ; la brèche a considérablement diminué ; les fistules de la partie moyenne et inférieure du tibia paraissent fermées ; la guérison paraît devoir se produire. Mais le membre est considérablement déformé ; on constate une luxation presque totale du tibia en arrière, avec ankylose angulaire assez prononcée, soudure du tibia avec le fémur. La rotule fait saillie et est fixée à la partie antéro-inférieure du fémur. On permet à la malade de se lever, mais la marche sur ce membre est douloureuse et impossible, la flexion angulaire tendant à s'exagérer sous le poids du corps. On pourrait songer à attendre la guérison totale des lésions osseuses, et pratiquer alors une résection de l'angle osseux et attendre la soudure du tibia et du fémur en position rectiligne. Mais c'est encore condamner la malade à l'immobilisation au lit pendant de longs mois, sans avoir la ferme certitude d'obtenir un résultat appréciable, et on est forcé de lui proposer l'amputation de cuisse qu'elle finit par accepter.

Elle est pratiquée à la partie inférieure du fémur le 14 novembre 1904. La plaie a été revue ces jours derniers ; elle suppure un peu, mais la guérison est imminente.

J'ai disséqué et préparé la partie osseuse amputée (1). Cette pièce montre très bien la brèche faite à la partie supérieure du tibia, ainsi que les deux autres abcès avec fistule siégeant à la partie moyenne et inférieure du tibia ; un autre abcès existe aussi à la partie inférieure du péroné, mais il ne s'est pas fistulisé. L'os est perforé, sur toute sa surface, de petits orifices en quantité considérable indiquant une vascularisation très riche. Le tibia et le péroné sont épaissis aux points où siègent les abcès. En arrière du tibia on remarque que le périoste a peu proliféré, beaucoup moins que dans la pièce suivante ; on voit des lésions d'ostéite raréfiante et d'ostéite condensante. Le tibia est augmenté en largeur et en épaisseur à sa partie supérieure. En arrière on voit une petite gouttière contenant l'artère nourricière du tibia. Toute la partie antérieure de l'extrémité supérieure du tibia a disparu. On trouve au milieu de la cavité médullaire des alvéoles nouvelles. A la partie externe de la brèche trépanée, on voit, encore enclavé, un séquestre avec longues aiguilles séparé en dehors du tissu osseux sain par une petite gouttière. A la partie inférieure de la brèche, un autre séquestre osseux éburné, et enclavé. La partie épiphysaire surtout est intéressante, elle est ravinée et même, en certains endroits, complètement perforée. Mais la lésion la plus curieuse est la subluxation spontanée du tibia avec soudure complète entre le fémur et le tibia, ankylose formant un angle de grandeur appréciable.

Les condyles fémoraux ont été attaqués aussi en arrière et la substance spongieuse est mise à nu également. D'autre part, la rotule adhère aussi au fémur. L'angle formé en arrière par le fémur et les plateaux du tibia était comblé par une masse de tissu mou embryonnaire, au centre duquel j'ai trouvé un petit abcès ; ce qui expliquait très bien les nouvelles douleurs aiguës ressenties par la malade dans les quelques jours qui précédèrent l'amputation.

Il y a d'autre part autre chose d'intéressant à relever dans l'histoire de la maladie : Cette malade fit plusieurs fièvres typhoïdes la première datant de dix ans environ. Or, on connaît les ostéomyélites survenant au cours de la fièvre typhoïde. Il est vrai que c'est souvent vers la fin de la maladie, vers la septième ou huitième semaine qu'elles se déclarent. Mais elles peuvent apparaître aussi beaucoup plus tard, sept ans dans le cas cité par Buschke.

Faut-il attribuer ici cette ostéomyélite à la dothiénen-

(1) Les pièces provenant des deux malades dont nous rapportons l'histoire, ont été déposées depuis dans le musée d'anatomie pathologique de M. le professeur Curtis.

térie antérieure malgré les sept années qui séparent la dernière fièvre typhoïde du début des lésions osseuses. Il est fâcheux que l'examen bactériologique du pus n'ait pas été pratiqué.

Mais d'autre part les ostéomyélites post-dothienentériques siègent comme ici le plus fréquemment à la partie antérieure de l'extrémité supérieure du tibia. De plus les ostéomyélites à bacilles d'Eberth produisent peu de séquestres. Ici on n'a jamais trouvé que de rares séquestres peu volumineux.

En tout cas, il est fort possible que, à la faveur d'un traumatisme de la jambe, précédemment cité, survenant avant la fièvre typhoïde, des colonies de bacilles d'Eberth se soient localisées dans le tibia, aient conservé pendant des années une virulence atténuée, et se soient réveillées à la suite d'un travail pénible. On sait en effet que le bacille d'Eberth peut conserver sa virulence pendant un temps considérablement long. Il est à remarquer même en faveur de cette hypothèse que la malade souffrait de temps en temps dans la jambe, à la suite de fatigues. — Il nous resterait un dernier moyen qui pourrait nous renseigner encore ; c'est le séro-diagnostic. Dans un cas récemment cité dans la *Presse médicale*, on a constaté la survie du bacille typhique avec séro-réaction positive pendant vingt trois ans.

Enfin sans être affirmatif toutefois au sujet de notre malade on peut penser à la fièvre typhoïde comme affection étiologique primitive des lésions osseuses.

OSTÉOMYÉLITE SURAIGUË

Le nommé M..., Hector, âgé de seize ans et demi, n'ayant jamais été malade antérieurement, se présente le 17 février 1904 à l'hôpital Saint-Sauveur dans un état de prostration extrême avec de la fièvre élevée et une douleur suraiguë dans la cuisse gauche et à l'épaule gauche. On l'admet d'urgence. Voici les renseignements que l'on peut recueillir alors et dans les jours qui suivent, sur le début de l'affection.

Brusquement le 13 février, à quatre heures de l'après-midi, en plein travail, à l'occasion d'un effort, le malade ressentit une douleur très vive dans la partie inférieure de la cuisse droite, le forçant à interrompre ses occupations. Immédiatement alors il pouvait déjà constater une tuméfaction à ce niveau. La fièvre apparut de suite et s'établit rapidement à 39°, sans frisson, ni courbature.

Le médecin appelé fit appliquer des sangsues sur la région tuméfiée. Le lendemain la douleur intolérable et la fièvre persistent toujours, mais le malade ressent de plus un point extrêmement douloureux au niveau de la clavicule droite, apparu brusquement. L'état général devient de plus en plus grave et le médecin conseille son envoi à l'hôpital.

On se trouvait alors en présence d'un malade présentant un état typhique extrêmement marqué. La langue est humide et très saburrale, l'haleine est fétide, le facies grippé. La température atteint près de 40°, le pouls est à 128. La circulation veineuse sous-cutanée est exagérée. La cuisse gauche est tuméfiée à sa partie inférieure, un peu rouge. La douleur intolérable excruciante, arrache des cris au malade, et est rendue plus aiguë encore par le moindre mouvement ; le palper presque impossible permet toutefois de reconnaître une collection tendue à la partie inférieure de la cuisse, en même temps que de l'hydarthrose de voisinage non douloureuse de l'articulation du genou.

De même on constate une tuméfaction douloureuse entourant manifestement la clavicule droite. Le malade est en état de dyspnée, respiration anxieuse ; quelques râles à la base droite du poumon ; bruits du cœur assourdis.

Le diagnostic d'ostéomyélite aiguë fut posé et on appela d'urgence M. le professeur agrégé Lambret qui décida une intervention immédiate. Après incision longitudinale de la peau et des muscles dans la partie inférieure de la cuisse gauche, on trouva le périoste très distendu, donnant issue après incision à une grande quantité de pus sous pression. M. Lambret pratiqua alors une trépanation du fémur et fit une brèche étendue, longue de huit à dix centimètres et large de deux, pénétrant dans la cavité médullaire. Celle-ci contenait également du pus. On plaça un drain antéro-postérieur et on pansa laissant la plaie largement ouverte. — Au niveau de la clavicule droite on ouvrit de même une collection purulente sous-périostée, et on sectionna la clavicule en son milieu.

Durant les deux ou trois jours suivants l'état général s'améliora un peu, la température baissa. Les plaies suppuraient en abondance ; on fit des lavages quotidiens à l'eau oxygénée.

Mais de nouvelles douleurs apparaissent au niveau de la partie externe du pied droit, en même temps que de l'empâtement en cette région. On applique des pansements humides. — Puis, la température remonte, l'état général redevient mauvais. Le malade est profondément infecté et épuisé. — Brusquement les testicules deviennent douloureux. La vaginale est tendue. La peau est rouge, tuméfiée, luisante. On applique des pansements humides. Mais le testicule droit augmente de volume, il devient très douloureux ; il faut l'inciser. La vaginale contient du pus. Le testicule est nécrosé et tend à s'éliminer. — Signalons en passant la rareté de la vaginalite à staphylocoques, observée par Lexer (Congrès des naturalistes allemands. Septembre 1895). — Disons en passant que de la péricardite s'établit également avec douleur précordiale vive, angoisse respiratoire, augmentation de la matité cardiaque, bruits du cœur assourdis. Le malade est à toute extrémité. L'articulation du genou gauche se tuméfie davantage encore, de la pyarthrose succède manifestement à l'hydarthrose. Au niveau du tarse droit apparaît de la fluctuation. La douleur est exquise, en ce point, il faut inciser. Il s'écoule un peu de pus. Le ylstet conduit dans le fond sur une surface rugueuse appartenant au calcanéum.

On trouve en outre, de l'albumine dans les urines. L'appétit est nul. la prostration est extrême. L'insomnie est persistante. On le croit perdu et on lui administre de la morphine à haute dose.

Cependant le malade résiste et actuellement après plusieurs périodes critiques il est en bonne voie de guérison. Voyons comment ont évolué toutes ses lésions :

Du côté du scrotum, le testicule droit, au bout de trois mois, a fini par s'éliminer en grande partie. Il reste à ce niveau une cicatrice de la peau adhérente au moignon testiculaire. Le testicule gauche après être resté tuméfié pendant une quinzaine de jours régresse et reprend son premier volume. La vaginalite évolue de ce côté sans suppuration.

Du côté de la clavicule : Dans la brèche qui a été faite et qui suppure abondamment on voit les deux fragments de la clavicule sectionnée. Mais au bout de deux mois on peut sentir que la gaîne périostique a proliféré, et que la solution de continuité osseuse est réparée. Mais ce n'est

que beaucoup plus tard que les séquestres s'éliminent. Au bout de cinq mois environ on peut cueillir le séquestre externe. Un mois après l'interne est devenu mobile. Ce sont de magnifiques séquestres longs de cinq à six cent. chacun présentant à leur extrémité des dentelures finement taillées. Ils consistent toute la diaphyse de l'os nécrosé.

La plaie cutanée vient à peine de se guérir. On peut au palper, sentir une clavicule nouvelle ayant une forme un peu aplatie, et irrégulière.

Au pied droit, pendant longtemps il resta une fistule conduisant sur une partie osseuse dénudée. On fit quelques grattages à la fine curette et le trajet finit au bout de plusieurs mois par se cicatriser. Les mouvements du pied sont actuellement revenus. Toutefois le malade ayant commencé à marcher il se produisit une rotation de tout le pied en dedans. Le malade marche sur le bord externe du pied. Il semble qu'il y ait eu là un tassement des os du tarse.

Du côté du fémur : Pendant longtemps on espéra obtenir la conservation du membre : La plaie est une vaste brèche à bords bourgeonnants, suppurant abondamment.

Au fond, la gouttière osseuse ; l'os paraît dur, condensé, présente un son d'ivoire ; mais pas la moindre tendance à l'élimination de séquestres, Le malade souffre toujours beaucoup. Ses pansements quotidiens très douloureux, et l'énorme quantité de pus qu'il élimine, l'épuisent.

Au bout de deux mois après la première intervention, M. Lambret pratique sous chloroforme, la section transversale du fémur nécrosé ; la partie supérieure du sequestre est mobile ; on l'enlève ; c'est une partie osseuse longue de neuf centimètres environ très dure, sonore, présentant tous les caractères de l'ostéite condensante. — Le segment inférieur au contraire est complètement immobile, il apparaît comme figé dans la partie epiphysaire. On replace le membre dans une gouttière, en même temps que l'on applique de l'extension continue. Quinze jours après la mobilité anormale du membre a disparu. Le périoste a proliféré et le stylet permet de reconnaître la néoformation d'une gouttière osseuse dans le fond de laquelle se trouve le segment inférieur du sequestre. Celui-ci est toujours immobile. Mais au bout de six semaines l'articulation du genou est redevenue très douloureuse, gonflée, tendue, des douleurs apparaissent au niveau de la partie épiphysaire du tibia. Toute la jambe est œdématiée, des escarres se produisent dans la région du cou de pied.

Il faut encore intervenir de nouveau. Une ponction faite dans l'articulation du genou ne ramène qu'un peu de sérosité mélangée à du pus. M. le docteur Colle nous fait pratiquer alors une longue incision de la peau, mettre à nu toute la partie inférieure de l'os ; le séquestre est attaqué à la gouge et au maillet, il s'en détache des fragments mais on ne peut l'extraire en entier. La partie épiphysaire paraît aussi mortifiée, on y pratique une gouttière.

Mais le malade est de plus en plus faible et considérablement amaigri. Cette longue suppuration l'a épuisé. Les séquestres ne s'éliminent pas. — Le périoste prolifère toujours. Peut-être avec le temps peut-on espérer voir se produire cette élimination, puis la réparation ; mais on croit que le malade ne pourra supporter les frais de nouvelles interventions et d'interminables suppurations. D'ailleurs le membre qu'il pourrait avoir serait raccourci. difforme et douloureux ; aussi propose-t-on à notre malade l'amputation de cuisse qu'il accepte. M. Lambret nous la fait pratiquer le 21 septembre. Dès lors l'état général se remonte rapidement ; la plaie claviculaire qui n'était pas encore cicatrisée se referme vite ; l'appétit renaît, les forces reviennent ; le malade engraisse. Le moignon que l'on a laissé largement ouvert bourgeonne et se referme. Le malade commence à marcher en s'aidant de béquilles. La guérison est prochaine.

J'ai préparé la pièce provenant de l'amputation de cuisse. La partie inférieure du fémur présente toutes les lésions caractéristiques de l'ostéomyélite : travail de nécrose et travail de réparation.

Si l'on examine d'abord la surface de section de l'os on voit que même en ce point l'os était encore le siège de lésions de proliférations périostiques à la périphérie et d'ostéite raréfiante dans l'intérieur. L'os est épaissi et raviné à sa surface. Plus bas on voit une vaste gouttière de néoformation irrégulière présentant de nombreux orifices vasculaires, d'épaisseur variable, présentent en différents endroits de sa paroi des cloaques et des foramina.

Dans le fond on voit les débris du séquestre osseux occupant toute la partie inférieure de la diaphyse fémorale, mais tandis qu'en dedans la séparation entre l'os nécrosé et l'os nouveau est bien nette, en dehors elle l'est beaucoup moins, le tissu osseux néoformé étant venu englober le séquestre comme dans un manchon. La partie supérieure du séquestre a été arrachée, nous l'avons vu lors de la section transversale du fémur, deuxième intervention. Elle présente une extrémité supérieure avec aiguilles osseuses, marquant la limite du séquestre. A la partie antérieure on voit la gouttière qui avait été pratiquée lors de la première intervention. On est ici en présence d'un os frappé de nécrose suraiguë, on trouve en son centre une prolifération du tissu osseux médullaire et une condensation du tissu osseux périphérique. Il est dur, sonore, et comme éburné.

L'épiphyse inférieure du fémur a été frappée également. Elle a été le siège d'une hyperostose périphérique considérable. Toutefois la partie toute inférieure des condyles paraît intacte. La coque a été pourtant perforée en différents endroits. Le condyle interne paraît avoir été touché davantage que le condyle externe. Il présente dans son épaisseur des cloaques que l'on a trouvé pleins de pus, et comme une usure du cartilage arthrodial. On trouve la même usure du cartilage diarthrodial au plateau interne de l'extremité supérieure du tibia. Peut-être allait-il se former là un commencement de travail d'ankylose.

Il est probable, en outre, que les lésions de l'épiphyse fémorale ne se bornent pas à une hyperostose périostique et que toutes ces néoformations osseuses doivent englober un ou plusieurs séquestres spongieux centraux.

De plus, si on suit l'axe du séquestre diaphysaire et l'axe de l'épiphyse, on constate qu'ils forment entre eux un certain angle. Il y a donc eu là, ainsi qu'on le rencontre souvent dans les ostéomyélites, une inflexion osseuse au niveau du cartilage de conjugaison.

L'histoire de ce malade, qui est celle d'une ostéomyélite

banale, nous a paru quand même digne d'être signalée. C'est surtout la pluralité des localisations osseuses qui nous a le plus semblé digne d'intérêt. et aussi la propagation de l'infection dans la vaginale avec abcès et nécrose partielle du testicule. Enfin le membre amputé nous a fourni l'occasion de préparer une pièce anatomo-pathologique assez démonstrative.

Il faut enfin remarquer dans l'observation de nos deux malades que le sacrifice du membre frappé fut en fin de compte le dernier terme auquel on fut amené.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Les idiots savants

Comment un idiot peut-il être un savant et comment un savant peut-il être idiot? Voilà ce que recherche le docteur Frédérick PETERSEN.

Il est important qu'avant d'aller plus loin nous nous expliquions sur le titre même de cet article. On appelle ici *idiots savants* des sujets absolument ineptes, imbéciles, abrutis, débiles d'esprit, convaincus de crétinisme, et qui pourtant, au milieu des lourdes brumes qui environnent leur cerveau, manifestent une certaine aptitude extraordinaire.

A la ressemblance d'un animal savant auquel un patient dresseur a su enseigner un tour sensationnel, l'idiot savant peut se montrer orné de l'un des dons suivants :

Faculté arithmétique, musicale, mémoire spéciale, faculté d'imitation, aptitude à modeler, à dessiner, à peindre, à jouer (principalement aux échecs), tendance caractérisée à la bouffonnerie.

D'ailleurs, dit le docteur L. CAZE, dans la *Revue des Revues*, les mémoires spéciales comprennent d'ordinaire la faculté musicale. La faculté initiative est souvent accompagnée de dispositions à répéter les airs de musique, à dessiner, à modeler ou à peindre des objets et même à imiter les gestes et les actes. De même, par faculté arithmétique, il ne faut entendre généralement que l'aptitude au calcul mental.

Maintenant nos précautions sont prises. Nous pouvons examiner en toute sécurité, sans crainte de malentendu, les fastes de plusieurs extraordinaires idiots.

On a souvent constaté chez des idiots une précocité et une puissance extraordinaires de la faculté de calcul mental. Le docteur HOWE décrit un idiot qui pouvait à peine parler, mais qui comptait avec une rapidité surprenante. Quand on lui disait l'âge de quelqu'un, il donnait presque instantanément le nombre de minutes vécues par ce quelqu'un. GUGGENBUEHL étudia à Salzbourg un imbécile qui résolvait mentalement les problèmes les plus difficiles avec une promptitude invraisemblable.

ATKINSON signale une femme idiote dont la seule joie était d'effectuer mentalement des opérations arithmétiques. IRELAND nous parle d'un enfant d'EARLSWOOD qui multipliait trois chiffres par trois chiffres avec la rapidité de l'éclair.

Tom FULLER, le calculateur virginien, était un nègre d'Afrique qui ne savait ni lire ni écrire, mais qui avait une prodigieuse faculté arithmétique. Comme on lui demandait combien il y avait de secondes dans un an et demi, il répondit *en deux minutes* : 47.304.000. On lui demanda ensuite combien avait vécu de secondes un homme âgé de 70 ans, 17 jours et 12 heures ; *en une minute et demie*, il répondit ; 2.210.500.800.

L'Allemand DASC, né en 1824, être d'une stupidité complète, multipliait mentalement, en 54 secondes, 79,532,853 par 93,758,479.

Le Français MONDEUX, né en 1826, était tout simplement déconcertant. Totalement illettré, incapable de se rappeler un nom ou une adresse, il pouvait cependant en quelques secondes résoudre un problème comme celui-ci : « Combien y a-t-il de litres d'eau dans une fontaine où plusieurs personnes puisent de la façon suivante : la première prend 100 litres et un treizième du reste ; la seconde 200 litres et un treizième du reste ; la troisième 300 litres et un treizième du reste et ainsi de suite jusqu'à ce que la fontaine soit vide. » Essayez de répondre vous qui n'êtes pas idiot.

La faculté dont jouissent certains idiots de reproduire des sons n'est pas moins déconcertante.

Tom BLIND, un nègre pur sang, né à Géorgie en 1840, aveugle de naissance, ne montre d'intelligence que pour les sons. Il répétait facilement les mots, mais ces mots n'avaient pour lui aucun sens. On lui faisait redire parfois des conversations entières, dont il ne comprenait pas une syllabe. Son propre langage était complètement inarticulé, mais il reproduisait tous les sons qu'il entendait.

Il récitait facilement un texte grec, latin, français ou allemand qu'il venait d'entendre, jouait au piano, de mémoire, n'importe quel morceau de musique, si difficile fût-il, qu'on avait exécuté une fois devant lui. On prétend qu'il savait par cœur plus de cinq mille morceaux de musique.

TRÉLAT parle, dans la *Folie lucide*, d'une femme idiote douée d'un grand talent de musicienne. Sa voix était très juste et quand elle avait entendu chanter quelque chose une seule fois elle en retenait les paroles et la musique. Cette femme étrange excita si vivent l'attention que LISZT, GÉRALDY et MEYERBEER vinrent la visiter.

WINSLOW cite le cas d'un homme qui se rappelait la date de l'enterrement de toutes les personnes mortes dans la paroisse depuis trente-cinq ans, avec le nom de ceux qui avaient conduit le deuil. C'était un idiot complet, incapable de répondre intelligemment à aucune des questions qu'on lui posait, incapable même de manger seul.

MOREL parle également d'un idiot qui ne savait pas compter jusqu'à vingt, mais qui nommait tous les saints du calendrier, avec la date de leurs fêtes respectives.

FALRET mentionne un autre idiot qui disait instantanément

les dates de la naissance et de la mort et les principaux événements de la vie de tous les personnages célèbres qu'on mentionnait devant lui.

Il y avait, à l'asile d'Earlswood, un idiot qui construisit un modèle parfait de navire prêt à prendre la mer, avec chaque poulie et chaque cordage à sa place. Il ne lui fallut pour cela que quatre jours. Jamais il ne put apprendre à parler, mais il copiait un dessin ou un tableau avec une fidélité telle qu'on a conservé à l'hôpital des échantillons de son savoir-faire. Le plus curieux, c'est qu'il n'avait jamais vu ni navire, ni rivière. Le seul modèle qu'il possédât était un dessin de navire imprimé sur un mouchoir de poche.

Gottfried Mind était un pauvre innocent qui mourut en 1814. Il peignait et dessinait les chats avec tant de verve qu'il finit par acquérir une certaine réputation. Les galeries d'Europe possèdent un grand nombre de ses œuvres, qui lui avaient valu le surnom de Raphaël des chats.

Séguin parle d'un idiot qui était aux échecs d'une force extraordinaire, et l'on connaît plusieurs exemples de cette particularité. Il est probable qu'il n'y a là qu'une puissance visuelle inaccoutumée, qui permet de prévoir les inconvénients et les positions nécessaires.

Quant à l'aptitude à la bouffonnerie constatée chez les idiots, elle est connue depuis longtemps.

Tous les rois de la Renaissance ont eu à leur cour, outre les bouffons de professions, de véritables déments, dont les plaisanteries souvent fort spirituelles, égayaient la sombre humeur des monarques. L'origine de cette coutume semble avoir été dans la position légale qui remettait aux mains du prince la personne et la fortune des idiots.

Ces cas étranges que nous venons d'emprunter aux études des docteurs Petersen et Case ne sont-ils pas de nature à donner à tous ceux qui y réfléchiront de la stupeur et du trouble ? Sans doute, les aptitudes purement instinctives et mécaniques de ces malheureux dégénérés n'ont aucune parenté, même lointaine, avec la véritable intellectualité.

La faculté mathématique se réduit chez eux à une grande puissance du calcul mental, la faculté musicale à une imitation servile et inconsciente. Mais encore, ces idiots font ce qu'un homme sain ne pourrait pas faire. Cette faculté unique, mais extraordinaire, accouplée à une immense ineptie, d'où vient-elle, pourquoi se développe-t-elle ? Quelle est la raison de ces prodigieuses anomalies cérébrales ? La science, incapable d'expliquer un tel problème, ne peut encore que balbutier de vagues hypothèses. Ces idiots savants, chez qui une case du cerveau semble avoir écrasé toutes les autres, quelle ancestralité vicieuse ou quel infime accident survenu au moment où ils furent engendrés, les voua, pour toujours, à une existence dérisoire ? (*Journal de médecine de Paris*).

MOTS DE LA FIN

Aménité

— Vraiment, docteur, je suis un peu honteuse de vous montrer cette partie charnue de ma personne.

— Allez, allez donc ! il y a longtemps que je suis blasé sur le musée des horreurs.

(*Marseille-Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

La **Société internationale d'obstétrique et de gynécologie** a fixé le lieu de réunion du 5e Congrès à Saint-Pétersbourg. Le Comité d'organisation de ce Congrès, institué sous la présidence de M. le professeur Dmitri de Ott et ayant pour membres tous les professeurs et représentants des écoles supérieures d'obstétrique et de gynécologie de la Russie, a décidé que ledit Congrès se tiendra du 11 au 18 septembre 1905.

En faisant part de cette décision, le Comité d'organisation a l'honneur de s'adresser à toutes les personnes qui s'intéressent au progrès de l'obstétrique et de la gynécologie en les priant de vouloir bien participer aux travaux du Congrès. Le Comité veut espérer que le 5e Congrès d'obstétrique et de gynécologie, tenu dans la capitale de Russie, sera aussi nombreux que les Congrès précédents, et il s'est imposé l'agréable tâche de faire son possible pour favoriser aux hôtes étrangers leur voyage en Russie et de rendre plein d'intérêt et d'agréments leur séjour dans ce pays. Nos hôtes auront lieu de se féliciter de la sympathie la plus vive et d'un accueil cordial qui leur sont garantis d'avance vu l'auguste patronage du Congrès par Sa Majesté l'Empereur.

Eu égard au caractère international du Congrès et afin de faciliter aux adhérents au Congrès leur éminent concours aux travaux de ce dernier, le Comité a décidé de remplacer, pour les rapports et les débats du Congrès, le choix d'une seule langue officielle par l'admission de toutes les langues européennes.

Les questions qui seront posées à l'ordre du jour du Congrès, sont les suivantes :

1. La voie vaginale dans l'accouchement et dans la gynécologie ; 2. De l'accouchement forcé ; 3. Le traitement chirurgical des fibromyomes utérins ; 4. L'appréciation comparée de différentes méthodes du traitement opératoire des rétro-déviations de l'utérus.

— Après le dîner statutaire de l'**Association de la Presse médicale française** du vendredi 3 février 1905, M. le professeur Gréhant, du Muséum d'histoire naturelle de Paris, a fait une causerie sur l'**Empoisonnement par l'Oxyde de carbone.**

UNIVERSITÉ DE LILLE

La **Mention honorable des épidémies** a été décernée à MM. DANCOURT, de Cambrai, et VERMERSCH, de Lille, pour leur dévouement ; le premier au cours de l'endémie de diphtérie 1901-1902, comme interne au pavillon de la diphtérie de l'hôpital Saint-Sauveur, le second, au cours de l'épidémie de variole de 1902. Nous adressons à nos confrères nos félicitations pour la récompense honorifique bien méritée dont ils sont l'objet de la part de M. le Ministre.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. M.-F.-J. OBERS, de Lille, ex-interne provisoire des hôpitaux, aide-préparateur du laboratoire des cliniques, a soutenu, avec succès, le vendredi 3 février 1905, sa thèse de doctorat (nº 17), intitulée : **Etude médico-légale sur la relation entre les maladies professionnelles et les accidents du travail** (loi du 9 avril 1898).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs BAUDON, de Mouy (Oise) ; BEUGNIES, CORBEAU, de Givet (Ardennes) ; ITIÉ, de Béziers (Hérault) ; GARCIN, de Grand'Croix (Loire) ; DUBLASSY, d'Oullins (Rhône) ; GUÉRARD, de Neufchâtel (Aisne).

OUVRAGES REÇUS

— **Œuvre de la préservation de l'enfance contre la tuberculose**, par le professeur GRANCHER, Paris, *Gainche*, 1904.

— **Bulletin de l'association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Lille**, année 1903, Lille, *Le Bigot*, 1904.

— **Chirurgie du sinus frontal (trépanation simple, sinusectomie**, par le docteur Georges LAURENS, extrait des *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, 1904.

— **La surdité, son traitement par les exercices acoustiques au moyen des diapasons rééducation physiologique de l'oreille**, par le docteur NATIER, Paris 1904.

— **Séance de rentrée de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims**, Reims, *Matol*, 1904

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

3e SEMAINE, DU 22 AU 28 JANVIER 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	11
3 mois à un an	9	10
1 an à 2 ans	3	6
2 à 5 ans	4	7
5 à 10 ans	»	3
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	8	12
40 à 60 ans	8	8
60 à 80 ans	29	22
80 ans et au-dessus	5	5
Total	74	85

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Naissances par quartier	Total des décès	Autres causes de décès	Homicide	Suicide	Accident	Autres tuberculoses	Méningite tuberculeuse	Phtisie pulmonaire	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Maladies organiques du cœur	Bronchite et pneumonie	Apoplexie cérébrale	Autres	Coqueluche	Croup et diphtérie	Fièvre typhoïde	Scarlatine	Rougeole	Variole
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	10	3	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	4	22	1	»	»	»	1	»	5	»	»	2	2	2	3	3	»	»	»	»	3	»
Moulins, 24,947 hab.	23	15	4	»	1	»	1	»	»	»	»	1	1	1	2	2	»	»	»	»	2	»
Wazemmes, 36,782 hab.	24	37	13	»	»	»	2	»	5	»	»	»	4	7	1	3	»	»	»	»	2	»
Vauban, 20,381 hab.	11	17	8	»	»	»	1	»	»	»	»	2	2	1	2	1	»	»	»	»	»	»
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	17	28	14	»	»	1	»	1	3	»	»	»	»	6	3	»	»	»	»	»	»	»
Esquermes 11,381 hab.	12	8	4	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»
Saint-Maurice, 11,212 hab.	8	3	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Fives, 24,191 hab.	13	16	3	»	»	1	»	»	1	»	»	3	1	6	»	»	»	1	»	»	»	»
Canteleu, 2,836 hab.	1	3	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Sud, 5,908 hab.	10	7	2	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»
Total	133	159	51	»	1	2	5	2	18	»	»	10	10	26	13	11	1	1	»	»	8	»

N° 422. Neuvième Année. N° 7. Le Numéro : 10 centimes 12 Février 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les formalités de l'internement des aliénés. La loi du 30 juin 1838. Responsabilité du médecin.

par le docteur **Patoir**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de médecine légale à la Faculté

Quand dans la pratique courante un médecin est appelé auprès d'un aliéné, il se peut que la famille veuille assumer elle-même le traitement du malade ; dans ce cas le rôle du médecin est de faire un diagnostic aussi exact que possible et d'indiquer la thérapeutique à suivre. Mais le plus souvent le médecin n'a été consulté que dans le but, très précisé dès les premiers mots de l'entretien, de déterminer s'il y a lieu ou non de procéder à l'internement et, dans l'affirmative, d'établir un certificat. C'est à lui que l'on demandera quelles démarches sont à faire et quelles pièces sont à produire pour obtenir l'internement.

Même si la famille a voulu d'abord tenter de soigner elle-même l'aliéné, il arrivera, si cet essai ne réussit pas, et cela est fréquent, que le médecin sera amené à conseiller l'internement ou que l'entourage le sollicitera de lui-même. Ici encore le médecin aura à rédiger un certificat et à fournir des renseignements.

Donc, en dehors des connaissances médicales qui lui sont nécessaires soit pour traiter un aliéné, soit pour déterminer l'opportunité de l'internement, un médecin doit savoir quelles sont les mesures pratiques à prendre pour y procéder légalement.

LOI DU 30 JUIN 1838

En ordonnant un internement le médecin fait œuvre de médecin légiste. Il doit donc connaître la loi en vertu de laquelle il est appelé à agir.

L'internement des aliénés est réglementé par la *Loi du 30 juin 1838* et par l'*Ordonnance royale du 18 décembre 1839*.

Quelle que soit l'opinion que l'on ait de cette loi, quel que soit le sort qui l'attende dans un avenir prochain ou lointain — car on sait que sa revision a été votée par le Sénat depuis 1887 — c'est elle qui, à l'heure actuelle, régit les conditions de l'internement des aliénés. En se soumettant à ses prescriptions, le médecin, outre qu'il ne fait qu'accomplir strictement son devoir, met à couvert sa responsabilité et se gare de toute mésaventure. Sur le terrain de la loi, il est inattaquable, tandis que s'il l'ignore ou la méconnaît, il s'expose à de graves inconvénients : il est toujours dangereux de se servir d'un instrument dont on ne connaît pas le maniement.

Il pourrait sembler suffisant de donner simplement

le texte de la loi tel qu'il a été promulgué sans le charger d'un commentaire. Mais une loi n'est qu'une formule générale et théorique dont l'application à certains cas a besoin d'être expliquée et éclairée d'exemples. Elle n'indique pas forcément par quels moyens pratiques on arrivera à satisfaire à son esprit et à sa lettre. Enfin quand une loi d'un usage journalier a vécu plus de quinze lustres, surtout si cette loi a été l'objet de réclamations violentes, si on l'a accusée de donner naissance à des abus — et c'est le cas pour la loi du 30 juin 1838 sur l'internement des aliénés — il s'établit entre la loi immuable (tant qu'elle reste la loi) et l'opinion publique qui réclame un changement, des compromis par où la loi comme l'Eglise s'accommode à l'esprit du siècle. Et tout cela, interprétations et compromis, constitue la jurisprudence à l'aide de laquelle une loi devient applicable et s'adapte aux circonstances.

C'est à cette connaissance pratique de la Loi de 1838, ignorée de beaucoup, il faut l'avouer, que sont consacrées les lignes qui vont suivre.

La loi du 30 juin 1838 est divisée en *trois titres*. Le Titre I, qui a rapport aux établissements d'aliénés, à leur organisation, leur surveillance, etc., n'a d'intérêt que pour les médecins de ces établissements. Le Titre III qui stipule les peines applicables aux directeurs et médecins d'établissements d'aliénés qui se mettraient en contravention, n'a pas non plus d'intérêt direct pour nous.

En revanche le Titre II divisé en quatre sections, va nous retenir beaucoup plus. C'est le seul important à notre point de vue, puisqu'il contient les dispositions qui régissent les *placements faits dans les établissements d'aliénés*. Encore ne nous arrêterons-nous qu'aux *sections I et II* qui traitent, la première, *des placements volontaires* ; la seconde, *des placements ordonnés par l'autorité publique* ou plus brièvement des *placements d'office*.

Section I. — DES PLACEMENTS VOLONTAIRES.

Sous le nom de *placements volontaires* il faut entendre les placements qui se font sur la demande et par la volonté des personnes qui sont en rapport avec l'aliéné, sans intervention de l'autorité publique. C'est un parent, un allié, un ami même qui, frappé de l'état mental d'un individu et des inconvénients qui peuvent en résulter pour lui-même et pour l'entourage, demandent au directeur d'un établissement public ou privé de le recevoir comme pensionnaire.

§ 1er. — Demande d'admission.

Il y aura donc à établir une *demande d'admission* conforme aux prescriptions suivantes formulées par l'article 8 de la loi :

Art. 8. — Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale s'il ne leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

La demande sera écrite et signée par celui qui la formera, et, s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en donnera acte.

Les chefs, préposés ou directeurs, devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police.

Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction.

Il n'y a guère à se préoccuper de la forme à donner à la demande d'admission. En effet, l'établissement auquel on s'est adressé tient généralement à la disposition de la personne qui forme la demande, un modèle qu'il suffit de compléter par les renseignements qu'exige la loi. Toutefois, cette formule, si l'on s'en tient strictement à la lettre de la loi, ne peut pas servir telle quelle. Il faut qu'elle soit recopiée par le signataire, car « la demande *sera écrite et signée par celui qui la formera* ».

Bien qu'il n'en soit rien dit dans l'article que nous venons de citer, il est de règle que cette demande soit établie sur *papier timbré*.

Faut-il que le signataire de la demande fasse légaliser sa signature ?

Si l'on s'en tient aux renseignements imprimés donnés par certains asiles, cette formalité n'est pas de règle ordinaire, car il n'en est pas question dans l'énumération des pièces à produire ; de plus, il y est dit que la demande peut être faite à l'asile même, au moment de l'entrée, ce qui rend impossible la législation, au moins avant l'admission du malade. Il semblerait pourtant qu'un directeur d'établissement ait intérêt à ce que la signature de la personne qui forme la demande soit légalisée : cela lui donnerait quelque garantie sur l'identité du signataire car « les chefs,

préposés ou directeurs devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui forme la demande, lorsque *cette demande n'aura pas été reçue par le maire* ou le commissaire de police ».

Bien que le sens de ce dernier membre de phrase ne soit pas très clair pour nous, il nous semble bien que la loi ait voulu par là, donner une garantie légale à la signature de celui qui demande l'internement d'un parent ou d'un ami. Aussi, bien qu'on ne nous en fasse pas une obligation, estimons-nous qu'il est préférable, à tout hasard, de faire légaliser la signature d'une demande d'admission. C'est une façon d'indiquer au représentant de l'autorité publique qu'on n'a point l'intention d'opérer un internement à son insu. Et justement, en cas de placement volontaire, il est bon, dans certains cas, de ne pouvoir être même soupçonné d'avoir voulu se cacher. La loi de 1838 a été accusée — à tort ou a raison, là n'est point la question — de permettre l'escamotage, si l'on peut dire, trop rapide et trop facile d'un aliéné. C'est une raison de plus d'agir au grand jour et de ne pas essayer de laisser l'autorité publique dans l'ignorance d'un internement. On comprend que la famille essaie de cacher aux yeux de tous la tare qui frappe un de ses membres et qui rejaillira forcément sur elle. Mais quoiqu'elle fasse, le maire sera toujours averti, car la signature du certificat médical doit être légalisée, et ne le fut-elle pas, le maire sera, en fin de compte, renseigné par voie administrative. D'ailleurs, disons que le magistrat municipal, en ces sortes de choses, n'échappe pas à l'obligation du secret professionnel.

Pour ces raisons, le médecin, s'il est consulté sur l'opportunité de faire légaliser la demande d'admission, doit opiner pour l'affirmative.

Comme il n'y a pas de formule officielle pour la demande d'admission il se peut que le modèle fourni soit différent selon l'établissement auquel on s'adresse. Toutefois d'une façon générale il se rapproche du suivant qu'on peut employer dans tous les cas :

Je soussigné (nom, prénom, âge), demeurant à. . . . sollicite de M. le Directeur de (désignation de l'établissement public ou privé) l'admission dans cet établissement de M. (nom et prénoms de l'aliéné) mon fils, père, mari, etc., ou ami), né le. . . . . . à. . . . . département de. . . . . fils de. . . . . et de. . . . . célibataire, marié à. . . . . . . ou veuf de. . . . . atteint d'aliénation mentale ainsi qu'en témoigne le certificat délivré par M. le Docteur. . . . . que je joins à ma demande.

En foi de quoi j'ai signé cette demande conformément à la loi du 30 juin 1838 (art. 8).

A. . . . . le. . . . .

(Signature et légalisation)

Toutes les prescriptions de la loi sont ainsi observées et cette demande devrait suffire à faire admettre un aliéné dans un établissement s'il n'y avait en outre une question financière à régler, car le placement volontaire ne se fait pas gratuitement. Le signataire de la demande doit s'engager à payer la pension de celui qu'il fait interner. Aussi dans les modèles fournis par les établissements publics ou privés existe-t-il à la suite de la formule légale une série d'engagements financiers variables, on le comprend, avec chaque établissement, la classe choisie par la famille, etc. Le médecin ne doit pas manquer d'inviter les intéressés à prendre, au préalable, tous les renseignements à l'établissement choisi de façon à ce qu'il n'y ait ni difficulté ni surprise au moment de l'entrée du malade.

On ne peut donc opérer un placement volontaire qu'en s'engageant à payer la pension de l'aliéné ainsi placé. C'est dire que le placement volontaire est réservé sinon aux riches seuls, du moins aux personnes aisées et qu'il est refusé aux pauvres. C'est une des grandes différences qu'il y a entre le placement volontaire et le placement d'office. Il y en a d'autres, comme nous le verrons plus loin.

La loi envisage le cas où la personne qui forme la demande ne saurait pas écrire, la demande devrait alors « être reçue par le maire ou le commissaire de police ». Eventualité rare aujourd'hui d'une façon générale, d'autant plus rare qu'en cas de placement volontaire, le demandeur appartient à un milieu où le manque d'instruction n'est jamais poussé jusqu'à ignorer l'écriture.

Pour en finir avec les formalités extra-médicales, rappelons que la demande d'admission doit être accompagnée d'une pièce justifiant l'identité de l'aliéné. C'est d'après le paragraphe 3 de l'article 8 :

« Le passeport ou tout autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer. »

L'antique passeport a cédé la place à l'*acte de naissance*.

§ 2. — CERTIFICAT MÉDICAL

Jusqu'ici le médecin n'est pas entré directement en scène. Il s'est borné à fournir des renseignements qu'on lui sait gré de connaître, mais qui n'ont rien de médical. La demande d'admission rédigée, il a un rôle

plus actif à remplir : il doit rédiger un certificat d'internement.

Voici définies par le paragraphe 2 de l'article 8, les conditions requises pour que ce certificat soit valable :

2° Un certificat de médecin, constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée.

Ce certificat ne pourra être admis, s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur, s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement.

Le médecin qui a rédigé le certificat ne doit donc pas être proche parent du Directeur ou du propriétaire de l'établissement ou de la personne qui a signé la demande d'admission. Peut-il l'être de la personne à placer ? Au silence de la loi sur ce point le sentiment intime du médecin suppléera et conseillera l'abstention.

Bien que la loi n'en dise rien et que par conséquent ce ne soit pas une obligation légale, il est de règle que le certificat médical, comme la demande d'admission, soit établi sur papier timbré.

La loi est muette également sur la nécessité de faire légaliser la signature du médecin par le maire de la commune et, à la rigueur, en s'en tenant à la lettre, la signature du médecin suffirait seule à rendre valable un certificat. Il paraîtrait que dans certains cas et pour les raisons de discrétion dont nous avons parlé plus haut, des malades pourraient être reçus dans un asile sans la légalisation de la signature. Cette pratique est strictement légale si l'on veut, mais ordinairement les directeurs exigent avec beaucoup de raison cette légalisation.

Il y a là, semble-t-il, un oubli de la loi en ce qui concerne la légalisation du certificat médical. Il est étrange, en effet, que le directeur doive « s'assurer de l'individualité de la personne qui aura fourni la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police » (soit légalisée) et qu'il puisse se désintéresser de l'individualité du médecin signataire du certificat, pièce capitale, essentielle, seule garantie contre une séquestration arbitraire. L'usage a remédié à cette contradiction et la coutume s'est établie d'exiger la légalisation de la signature du médecin.

Cette exigence est des plus justifiée, car elle a l'incontestable mérite de prévenir, dans la mesure du possible, les faux certificats. La légalisation est la seule façon qu'ait un directeur d'établissement, de contrôler la valeur de la signature d'un médecin, dont l'écriture et le nom même peuvent lui être inconnus. Certes la légalisation est incapable d'empêcher à elle seule qu'on produise un faux certificat et qu'on imite une signature ; mais elle rend ces pratiques moins faciles et c'est déjà beaucoup.

Non seulement la loi de 1838 néglige d'exiger la légalisation du certificat médical, mais elle va plus loin et dans certains cas elle dispense les directeurs d'établissements publics d'exiger ce certificat. « En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat de médecin. » Cette disposition, même, se limitant aux établissements publics, conduirait aux abus de toutes sortes. En supprimant le certificat médical elle enlève à l'aliéné sa garantie la plus solide : elle est extrêmement dangereuse pour la liberte individuelle et n'a pas manqué de soulever d'ardentes réclamations. Aussi, ne pensons-nous pas que dans la pratique on ait beaucoup usé de cette singulière tolérance.

On ne saurait trop insister sur la nécessité qu'il y a, en cas de placement volontaire, de s'entourer de toutes les garanties légales même si elles ne sont pas d'obligation stricte. Car dans la loi de 1838, c'est le placement volontaire, tel qu'il est pratiqué à l'heure actuelle en France, qui a donné lieu aux critiques les plus véhémentes.

L'objectif principal du législateur, on s'en aperçoit à la lecture de l'article 8, a été de rendre le placement d'un aliéné aussi facile et aussi rapide que possible. Un cas d'aliénation mentale éclate dans une famille, le médecin pense que dans l'intérêt du malade et de l'entourage il est nécessaire de recourir à l'internement. En quelques heures la demande d'admission faite et le certificat rédigé, le malade peut être interné, sans que nul pouvoir administratif ou judiciaire ait à formuler un avis et puisse s'y opposer. L'internement, sauf la légalisation, visa d'une signature, simple formalité, se fait sans qu'ait à intervenir l'autorité publique. Donc pas de complication, pas de retard ; aucune nécessité de passer par une administration souvent lente à agir : c'est l'idéal de la rapidité.

Les partisans de la loi de 1838, ce sont surtout des

médecins, ont montré combien cette rapidité dans l'exécution était profitable aux intéressés eux-mêmes, les malades, puisqu'elle permettait de leur appliquer sans retard le traitement qui convient le mieux aux troubles mentaux, l'isolement.

Les adversaires, se plaçant surtout au point de vue de la protection de la liberté individuelle, ont pensé que si les dispositions de la loi pouvaient être parfaites quand il s'agissait d'un malade notoirement aliéné, elles étaient insuffisantes pour le cas, rare assurément, mais possible, où l'homme qu'on allait interner n'était pas aliéné ou au moins notoirement tel. On ne doit pas pouvoir soustraire à la liberté et frapper somme toute d'une tare infamante, un homme, quel qu'il soit, si cette mesure n'est pas d'une nécessité évidente. Sans entrer dans la discussion de ces griefs, il semble bien qu'en cas de placement volontaire, les garanties données à la liberté individuelle, par la loi de 1838, sont insuffisantes.

Il faut ajouter, pour être juste, que si la loi n'a rien fait pour prévenir l'internement arbitraire, elle multiplie au contraire les précautions dès que le malade est à l'asile. Elle exige dans les vingt-quatre heures un bulletin d'entrée.

« Il sera fait mention de toutes les pièces produites dans un bulletin d'entrée qui sera renvoyé, dans les vingt-quatre heures, avec un certificat du médecin de l'établissement (certificat dit de vingt-quatre heures) et la copie de celui ci-dessus mentionné (le certificat d'internement), au préfet de police à Paris, au préfet ou au sous-préfet dans les communes, chefs-lieux de département ou d'arrondissement et aux maires dans les autres communes. Le sous-préfet ou le maire fera immédiatement l'envoi au préfet. »

D'habitude le bulletin d'entrée et le certificat de vingt-quatre heures sont envoyés directement au préfet, sans passer par l'intermédiaire du sous-préfet ou du maire.

« Art. 9. — Si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un ou plusieurs hommes de l'art pour visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en faire un rapport sur le champ. Il pourra leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Cet homme de l'art porte le nom de médecin-inspecteur des aliénés. Il ne visite que les établissements privés.

« Art. 10. — Dans le même délai, le préfet notifiera administrativement les noms, profession et domicile, tant de la personne placée que de celle qui aura demandé le placement et les causes du placement : 1° au procureur du roi de l'arrondissement du domicile de la personne placée ; 2° au procureur du roi de l'arrondissement de la situation de l'établissement : ces dispositions seront communes aux établissements publics et privés.

La notification de l'internement faite par le préfet au procureur de la République tant de l'arrondissement où habitait l'aliéné que de l'arrondissement où se trouve l'asile permet, dans certaines circonstances qui sembleraient suspectes, une double enquête d'une part dans la commune de l'aliéné, d'autre part dans l'établissement lui-même. L'enquête peut être demandée par le préfet lui-même. Il en fut ainsi dans un cas où l'aliéné fut interné sans que le certificat du médecin fût légalisé : la famille avait voulu que le maire ignorât l'internement. Or, à la vue de ce certificat non légalisé, le préfet signala le fait au Procureur qui en fit part au maire, lequel, à son tour, délégua son garde-champêtre, à fin d'enquête : celui-ci n'eût rien de plus pressé que de recueillir des renseignements auprès des voisins, avec beaucoup de discrétion sans doute, mais n'en ébruita pas moins ce qu'on voulait si bien cacher. Ce fut tout ce que gagna la famille en voulant éviter la légalisation. Cette enquête officieuse conduirait tout naturellement à une véritable instruction judiciaire, si la nécessité en était reconnue.

Art. 11. — Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement public ou privé, il sera adressé au préfet, conformément au dernier paragraphe de l'article 8, un nouveau certificat du médecin de l'établissement ; ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence.

Art. 12. — Il y aura dans chaque établissement, un registre coté et paraphé par le maire, sur lequel seront immédiatement inscrits les noms, profession, âge et domicile des personnes placées dans les établissements, la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom de leur tuteur ; la date de leur placement, les noms, profession et demeure de la personne parente ou non parente qui l'aura demandé. Seront également transcrits sur ce registre : 1° le certificat de médecin, joint à la demande d'admission ; 2° ceux que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément aux articles 8 et 11.

Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre, au moins tous les mois, les changements survenus dans l'état mental de chaque malade. Ce registre contiendra les sorties et les décès.

Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après

l'article 4 (1) auront le droit de visiter l'établissement, lorsqu'elles se présenteront pour en faire la visite, après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations s'il y a lieu.

Il est évident que ces mesures d'inspection sont excellentes et peuvent, bien appliquées, réparer une erreur. Mais quand on songe aux difficultés qu'il y a à mettre en mouvement les machines judiciaires et administratives, au peu de goût qu'aurait un citoyen témoin par hasard d'une séquestration arbitraire, à prendre le rôle de dénonciateur et à compliquer sa vie par toutes sortes de tracas, on ne peut s'empêcher de penser que la loi aurait bien mieux fait de prendre avant l'internement quelques précautions de plus ; car l'internement, comme la prison préventive, si court et si peu justifié soit-il, désigne toujours la victime à la malignité publique.

Aussi l'opinion s'est-elle montrée favorable aux adversaires de l'internement volontaire, tel qu'il se pratique aujourd'hui. On sait d'ailleurs que la loi de 1838 battue en brèche, on peut dire, dès sa promulgation, est depuis 1887, sur le point d'être revisée ou remplacée. Il est vrai que du train dont marche cette révision il ne serait pas impossible que malgré les coups qu'on lui a portés, elle arrive quand même à célébrer son centenaire : il n'est que trop évident que l'intérêt des aliénés ne passionne plus nos législateurs.

Mais quelles que soient les modifications que les projets du Sénat ou de la Chambre doivent apporter à la loi sur l'internement des aliénés ; que, seul, le pouvoir administratif ou judiciaire soit appelé dorénavant à ordonner un internement ; que même la loi de 1838 continue à fonctionner telle quelle, il n'en restera pas moins que le certificat sera la pièce essentielle, celle qui établira la nécessité de l'internement.

Donc, en raison même des réclamations qu'a soulevées l'application de la loi, il ne faut pas négliger la formalité, si minime d'ailleurs, de la légalisation. La responsabilité que prend le médecin en rédigeant un certificat est déjà assez grande, sans qu'il se donne le tort d'une infraction à une prescription non obligatoire, mais établie par l'usage.

Toutefois, il ne faut pas exagérer cette responsabilité et s'en faire un épouvantail. En pareil cas que demande la loi au médecin ? Voici les termes mêmes d'un jugement que nous aurons à rappeler plus tard : « que le certificat soit délivré après un examen suffisant, en connaissance de cause, de bonne foi et en son âme et conscience. »

Il paraît difficile qu'un tribunal puisse scruter l'âme d'un médecin et déterminer jamais que tel certificat n'a pas été délivré de bonne foi et en conscience, si le médecin lui-même n'en fait pas l'aveu ou s'il n'y a pas de preuves matérielles (une lettre écrite par le médecin à un complice par exemple) pour le démontrer. Il n'y a donc pas à insister sur ce point et nous laissons de côté la question de bonne foi pour laquelle, sauf l'exception précitée, aucun tribunal ne paraît compétent.

Il paraît de même extrêmement difficile de juger si le médecin s'est prononcé en connaissance de cause. Ou bien cette expression signifie que le médecin n'a pas négligé de s'entourer de tous les renseignements nécessaires pour arriver à une connaissance complète du problème qu il a à résoudre et alors cette expression fait double emploi avec celle d'examen suffisant ; ou bien elle veut dire que le médecin a la compétence nécessaire pour juger si tel malade est atteint ou non d'aliénation mentale. Dans ce cas, c'est la compétence technique du médecin qui est en jeu. Or, du moment qu'il est pourvu de ses diplômes, un médecin est aux yeux de la loi apte à exercer la médecine et à traiter toute question qui intéresse cet art, c'est-à-dire que la loi, si elle-même n'apporte pas, par des dispositions spéciales, une restriction à ce droit, lui reconnaît le droit absolu de s'occuper de toute branche de la médecine, l'aliénation mentale y comprise.

Peut-être, en aliénation mentale, la loi en préparation demandera-t-elle au médecin d'avoir un certain temps de pratique, ou encore d'être assermenté pour pouvoir rédiger un certificat. Dans ce cas, un médecin qui ne remplirait pas ces conditions, serait légalement incompétent pour décider de la nécessité d'un internement. Mais jusqu'à présent, tout médecin, par le fait même qu'il est médecin, a le droit de porter le diagnostic qui lui paraît juste et d'en tirer les conséquences logiques au point de vue de l'internement.

(1) Art. 4. — Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet, par lui ou par le ministre de l'Interieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés.

Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position.

Les établissements privés seront visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du roi de l'arrondissement. Les établissements publics le seront de la même manière, une fois au moins par semestre.

La validité d'un diagnostic échappe à toute discussion et à tout contrôle judiciaire. Il paraît donc difficile d'admettre qu'un médecin puisse être inquiété à propos d'un diagnostic. Or, comme c'est le diagnostic d'aliénation mentale qui va l'amener logiquement à faire un certificat d'internement, il ne paraît pas non plus qu'on puisse l'inquiéter au sujet de la validité du certificat pourvu qu'il ait été rédigé après un examen suffisant.

C'est, en effet, à propos du manque ou de l'insuffisance de l'examen que le médecin pourrait tomber sous le coup de la loi. Si, pas plus que l'erreur judiciaire, au juge, l'erreur de diagnostic ne peut être imputée à faute au médecin, on peut lui demander compte comme au juge d'un vice de forme. Or l'absence d'un examen constitue un vice de force.

Il faut d'abord et avant tout qu'il y ait examen, c'est-à-dire que le médecin ait vu son malade : établir un certificat en dehors de cette condition constituerait une faute grave et facilement constatable dont les Tribunaux n'hésiteraient pas à punir le coupable.

Peut-être, à première vue, semblerait-il inutile d'énoncer une vérité aussi aveuglante si des exemples ne montraient qu'elle a pu être quelquefois oubliée.

Ce n'est donc pas d'après le récit de l'entourage, parents ou amis, eut-on toutes les raisons de croire à la sincérité des interlocuteurs, fut-on sûr qu'ils n'ont pas le désir de tromper et qu'ils ne se trompent pas eux-mêmes, qu'on peut établir un certificat d'internement. Il faut voir le malade par soi-même et de ses propres yeux. Il y a peut-être encore moins de raison de délivrer un certificat d'internement sur des ouï-dire qu'une ordonnance contenant des toxiques pour un malade dont un parent nous aurait narré les souffrances.

Même si l'on nous fait voir des lettres du malade où la folie s'affirme, si l'on nous montre sa chambre qu'il a saccagée, si tout et tous sont d'accord pour établir la réalité du délire, il ne faut pas nous laisser entraîner. Pensons à part nous qu'il y a vraiment folie, mais ne délivrons pas de certificat.

Voir le malade ne suffit pas, si l'entrevue que nous avons avec lui ne nous permet pas de constater sa folie. En sa présence, nous devons faire abstraction des antécédents, de tout ce qui nous a été dit et nous ne pouvons certifier que le malade est aliéné que si devant nous il se montré tel. Il faut être intransigeant. On ne fait pas interner un homme pas plus qu'on ne le condamne à la prison sur des présomptions : il faut des faits. En aliénation mentale, le fait c'est l'idée délirante. Un confrère nous affirme-t-il qu'il a saisi la folie sur le fait, qu'il fasse le certificat lui-même ; mais, nous, ne le faisons pas. Existe-t-il des certificats antérieurs et sommes-nous appelés a les confirmer. Si l'examen du malade ne nous convainc pas, attendons et ne signons qu'à bon escient !

Le malade dûment examiné et reconnu aliéné, c'est de suite qu'il faut rédiger le certificat. La loi permet à la famille en possession d'un certificat de n'en user que quelques jours après sa délivrance (la limite extrême est de quinze jours), mais elle n'admet pas qu'un médecin attende plusieurs jours avant de rédiger certificat. On sait que tel alcoolique aujourd'hui délirant, sera guéri vingt-quatre ou quarante-huit heures après. Quelle réponse donner à un juge qui vous démontre qu'au moment où vous certifiiez qu'un homme est aliéné, il était redevenu parfaitement raisonnable ? (1).

Il ne faut donc se laisser circonvenir à aucun prix : un moment de faiblesse peut se payer très cher.

Ces conditions étant remplies, un certificat médical est juridiquement inattaquable et ne peut en rien engager la responsabilité de son auteur. Il ne faut pas que le spectre de la poursuite judiciaire nous tourmente au point de nous empêcher de faire un certificat d'internement quand nous croyons devoir le faire. Il suffit que nous le fassions en conformité avec les prescriptions que la loi et l'usage nous obligent à suivre.

Cela dit pour rassurer les timorés, et nous en connaissons qui le sont à un point excessif, nous ajouterons que le médecin qui veut diminuer sa responsabilité a toujours la ressource de faire plus que la loi ne lui demande et de ne décider un internement qu'avec l'assistance d'un second médecin. Le certificat étant la seule pièce qui justifie l'internement, la seule garantie contre une séquestration arbitraire, n'en aura que plus de poids s'il est signé de deux médecins. Cette mesure, qui ne peut nuire à la rapidité de l'internement, satisfait ainsi l'intérêt du malade qui est d'être traité rapidement et tient compte des réclamations de ceux qui trouvent la loi de 1838 insuffisante.

(1) On peut trouver inutile et fastidieux de rappeler des règles aussi simples. Qu'on sache toutefois qu'il n'est pas une des éventualités ci-dessus énumérées qui ne puisse être illustrée d'un exemple. On est si imprudent quand on est jeune !

Dans les cas difficiles et douteux, quand on se trouve en présence d'un paralytique général au début et surtout d'un malade atteint de délire systématisé, il n'est pas toujours facile chez un malade prévenu et dont le fonctionnement intellectuel est encore peu touché de dépister le délire et de se faire une conviction ferme. Même si le médecin est à bon escient convaincu que l'individu examiné est aliéné, il pourra trouver dans un public mal informé ou chez un journaliste insuffisamment documenté, des censeurs de la décision qu'il aura prise. Il est dans ces cas-là, soit pour s'éclairer soi-même, soit pour prévenir des critiques malveillantes, d'une prudence élémentaire de ne pas signer seul un certificat d'internement. La présence de deux médecins et, au besoin, d'un troisième, offre alors de grands avantages à tous points de vue. Aussi bien cette mesure que nous prenons de notre plein gré, va peut-être nous être imposée par la nouvelle législation ; elle existe déjà dans certains pays étrangers. Montrons aux réformateurs qu'ils ne rencontreront pas de mauvaise volonté chez les médecins et que nous avons su prendre les devants.

Même s'il s'agit d'un délire bien net, nous estimons qu'en cas de placement volontaire, le médecin, sauf les exceptions dont il est le seul juge, a toujours intérêt à ne pas signer seul un certificat d'internement.

Dans quelle forme rédigera-t-on le certificat ? La loi demande que le certificat constate « l'état mental de la personne à placer », qu'il indique « les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée ». Trois questions sont ainsi posés : Y a-t-il aliénation ? ; Quelles sont ses caractères ? ; Y a-t-il nécessité d'interner ? Pourvu que le certificat y réponde clairement, peu importe la formule adoptée : il n'y en a point d'officielle et toute rédaction est valable.

Il est inutile que le certificat soit long et détaillé : la brièveté, quand elle ne nuit pas à la clarté, est un mérite. De même on ne s'attachera pas à porter un diagnostic exact, ce qui serait souvent fort difficile, la loi ne demandant pas de spécifier la forme de l'aliénation. On se bornera à dire d'une façon générale qu'il y a aliénation mentale et d'en indiquer la particularité, c'est-à-dire de signaler les caractères du délire, le genre d'idées propres à l'aliéné : idées de grandeur, de persécution, de mysticisme, de culpabilité, etc. ; les hallucinations visuelles ou auditives, s'il en existe ; les impulsions au meurtre, au suicide, au vol, à l'incendie, etc. Il ne s'agit pas, on le voit, de faire un diagnostic mais d'énumérer les principaux symptômes par lesquels se révèle le trouble mental. Enfin on concluera en certifiant qu'il y a nécessité d'interner le malade et que cette nécessité s'impose en vue du traitement immédiat de la maladie et des dangers que l'aliéné peut faire courir à lui-même et à son entourage.

La formule suivante, qui n'a rien de définitif, peut s'adapter à tous les cas en tenant compte des symptômes propres à chacun :

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que M. (nom, prénoms, profession, âge, état-civil, domicile) est atteint d'aliénation mentale, affection qui dure depuis..... et qui se caractérise par des idées . ... des hallucinations...... des tentatives......

Dans ces conditions, j'estime qu'il est nécessaire et urgent d'interner M. . dans un asile spécial, tant en vue du traitement qu'il doit subir que parce qu'il est dangereux pour lui-même et la sécurité publique.

En foi de quoi j'ai délivré ce certificat.

A.......... le

(*Signature légalisée*)

Dans le cas où, pour décider d'un internement, deux ou plusieurs médecins sont appelés en consultation, le certificat rédigé en commun devra faire mention que le malade a été examiné par plusieurs médecins et que l'internement a été décidé après discussion et sur l'avis de tous ; il portera la signature de tous les médecins présents. Un même malade peut être vu successivement par plusieurs médecins dont les certificats rédigés individuellement pourront s'appuyer l'un l'autre ou qui s'entendront pour rédiger un certificat commun.

Il est possible qu'après avoir fourni les renseignements sur les formalités à remplir, le médecin soit encore consulté sur le choix de l'établissement. Les raisons qui déterminent ce choix sont très variables et généralement elles n'ont rien de médical : il faut tenir compte de la situation de fortune des parents, du désir manifesté par la famille d'avoir le malade aussi près que possible ou, au contraire, pour des raisons de discrétion, de l'éloigner, etc. Le médecin doit s'inspirer des circontances et se borner le plus souvent à suivre les indications de l'entourage, pourvu qu'elles soient conformes à l'intérêt du malade et qu'il y trouve les garanties désirables au point de vue du traitement ; car il ne faut pas oublier que l'aliéné est, avant tout, un malade et que si l'on a le droit de se défendre contre lui on a surtout le devoir de le soi-

gner dans les meilleures conditions possibles. C'est là le seul point qui puisse vraiment intéresser un médecin dans le choix d'un établissement.

Reste enfin la question du transport. Quand l'aliéné ne raisonne plus, qu'il est très excité ou très déprimé ou enfin dément, le déplacement se fait sans d'autres difficultés que l'agitation ou l'apathie de l'intéressé : sa volonté ne joue aucun rôle. Il n'en est plus de même si l'aliéné raisonne, sait ce qu'on lui veut et se refuse à se laisser séquestrer : c'est le cas des paralytiques généraux au début, des délirants partiels, etc. Si avec ces malades on tente une attaque de front, un enlèvement sans explications, on s'expose à la rebellion, à la violence et au scandale, qu'il vaut toujours mieux éviter. Dans ces cas, le médecin peut intervenir utilement. Connaissant le malade et l'orientation ordinaire de ses idées, c'est lui qui trouvera le plus facilement la raison, réelle ou fictive qui pourra le faire céder : pour un mégalomaniaque, ce sera une grosse somme à réaliser, une situation à conquérir ; pour le persécuté, la nécessité de fuir un danger ; pour le nosophobe, le désir de consulter un médecin nouveau, etc. L'aliéné, même le plus lucide, en raison de l'affaiblissement des facultés intellectuelles qui existe toujours, se laisse généralement persuader par des raisons qui, pour un cerveau sain, ne seraient pas valables, de sorte qu'on arrive presque toujours à l'emmener de son plein gré.

Le rôle du médecin finit à la porte de l'asile. Il peut encore être appelé, sur la demande du médecin de l'établissement, à fournir des renseignements sur ses antécédents : certains établissements envoient une sorte de questionnaire que le médecin peut être appelé à remplir. Mais il s'agit de renseignements confidentiels qui n'ont rien à voir avec la législation en cours.

Section II. — DES PLACEMENTS D'OFFICE.

C'est sous le titre : DES PLACEMENTS ORDONNÉS PAR L'AUTORITÉ PUBLIQUE, que la loi de 1838 s'occupe des *placements d'office*.

Art. 18. — A Paris, le préfet de police, et dans les départements, les préfets, ordonneront d'*office* le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait *l'ordre public ou la sûreté des personnes*.

Les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux articles 19, 20, 21 et 23, seront inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article 12 ci-dessus, dont toutes les dispositions seront applicables aux individus placés d'office.

Art. 19. — En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou *par la notoriété publique*, *les commissaires de police*, à Paris, et les *maires* dans les autres communes, ordonneront à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, *toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer* dans *les vingt-quatre heures au préfet*, qui statuera sans délai.

Art. 20. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus d'adresser aux préfets, dans *le premier mois de chaque semestre*, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement.

Le préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenue dans l'établissement ou sa sortie.

Art. 24. — Les hospices et hôpitaux civils sont tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées en vertu des articles 18 et 19, jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir, aux termes de l'art. 1er, ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre.

Dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans ces hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pourvoir à leur logement, soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet.

Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison.

Ces dispositions sont applicables à tous les aliénés dirigés par l'administration sur un établissement public ou privé.

Telles sont les dispositions législatives qui régissent les internements d'office.

En pratique, voici comment les choses se passent et comment l'autorité publique entre en action.

1° Une plainte est portée devant le commissaire de police dans les villes ou devant le maire dans les villages, par un parent, un allié, un ami, etc. Parfois la famille a refusé de se plaindre, ou bien l'aliéné est un isolé, sans parents : ce sont alors les voisins incommodés ou terrorisés par les propos ou les actes de l'aliéné qui s'adressent à l'autorité publique. Rédaction est faite de la plainte constatant que le nommé X... donne des signes d'aliénation mentale et notamment qu'*il devient dangereux pour la sécurité publique* (incendie, bris, tentative de meurtre, attentats aux mœurs, etc). C'est cette plainte constatant le danger pour la sécurité publique qui va justifier les mesures à prendre contre la personne suspecte d'aliénation mentale.

En effet, ce n'est pas à proprement parler, parce que l'individu est un aliéné, c'est-à-dire un malade, que l'autorité va avoir à s'en occuper, mais parce qu'il constitue un danger, qu'il trouble l'ordre de la rue. Le placement d'office est donc surtout et avant tout, *une mesure de police*. Au point de vue légal, il y a entre le placement volontaire et le placement d'office un abîme. Le placement volontaire se fait surtout *au profit d'un malade* qu'on veut traiter malgré lui, il est vrai ; mais c'est toujours un malade qu'on a en vue, qu'il soit dangereux ou non. Le placement d'office, au contraire, est une *mesure prise contre un fauteur de trouble*, un agent de danger qu'on écarte, et c'est à ce point de vue seul que doit se placer, selon la loi, l'autorité publique. L'article 19 ne laisse à cet égard, aucun doute. Ajoutons que dans la pratique l'usage a apporté des adoucissements à cette prescription et que nombre d'infortunés internés d'office, le sont uniquement parce qu'ils sont des malades. Il est évident que lorsqu'on envoie dans les asiles un dément sénile, ce n'est pas en raison du danger que ce vieillard, aux portes de la tombe, fait courir aux siens qu'on l'y adresse, mais surtout parce que c'est un malade qu'il faut abriter et veiller.

Cela ne doit pas nous empêcher de constater que la loi de 1838 s'est montrée particulièrement oublieuse vis-à-vis des humbles et des déshérités de la vie. Si l'on s'en tenait à son texte et à son esprit, l'aliéné pauvre ne pourrait être interné s'il restait inoffensif. Car, d'une part, sa famille, ne pouvant payer sa pension, le placement volontaire lui est interdit et, d'autre part n'étant pas dangereux, l'autorité publique n'a pas à s'en occuper et le placement d'office lui échappe également. Mesure inhumaine qu'on pourrait qualifier d'anti-démocratique, s'il n'était plus simple de l'appeler injuste : elle permet aux municipalités, peu soucieuses de grever leurs budgets, de laisser vagabonder les idiots, les épileptiques, les déments, tous les êtres sans défense, qu'une loi prévoyante aurait dû, je ne dis pas interner, mais hospitaliser.

La plainte portée au commissaire de police ou au maire peut être appuyée d'un certificat médical. Les magistrats voient d'un bon œil ce certificat qu'on leur apporte spontanément, d'autant plus que si la famille ne l'a pas fait, ils prennent souvent d'eux-mêmes l'initiative d'envoyer un médecin constater l'état du malade. Toutefois, il faut bien savoir que dans le cas de placement d'office, le certificat médical n'est que facultatif. Il ne constitue pas, comme dans l'internement volontaire, une pièce obligatoire et essentielle : ici le certificat médical n'a pas voix prépondérante, il n'est écouté qu'à titre de voix consultative, et figure sur le même pied que « la notoriété publique ». L'autorité publique peut en tenir compte, mais rien ne l'y oblige et elle peut, à la rigueur, s'en passer. Il est vrai que, dans la pratique, on ne s'en passe jamais et que le médecin est toujours appelé à fournir un certificat

Pourtant de cette disposition caduque qui permettait aux magistrats de faire interner les aliénés dangereux, sans avoir recours au médecin, il est resté une tendance, chez certains, de tenir un plus grand compte de la plainte formulée par les parents ou les voisins que du certificat qu'on leur apporte. Il serait difficile d'affirmer que les choses se passent de même dans toutes les villes, mais il en est une où des commissaires de police ont refusé d'intervenir sur le seul vu du certificat du médecin, sous le prétexte qu'ils n'avaient pas reçu de plainte de l'entourage. Qu'on veuille bien remarquer que du moment qu'un parent apporte lui même le certificat, il formule implicitement une plainte. Mais non ! l'aliénation, bien que constatée par le médecin, n'avait pas encore de caractère légalement dangereux puisqu'aucun voisin n'était venu se plaindre. Il est vrai qu'à cette époque, on parlait tellement d'internement arbitraire, qu'il y avait quelques raisons d'être prudent.

Cela n'en démontre pas moins que dans le placement d'office ce qui met en mouvement l'action administrative ce n'est pas l'état de folie du malade, c'est son caractère dangereux indiquée par la plainte de la famille ou des voisins.

2° Que cette plainte soit appuyée ou non d'un certificat médical, dès que le commissaire ou le maire l'ont reçue, ils doivent se livrer à une enquête qui en vérifiera le bien-fondé. Nous avons vu qu'en pratique, si le certificat médical n'est pas déjà apporté pour les plaignants, ils délèguent un médecin afin d'examiner le malade, de dire s'il est atteint d'aliénation mentale et surtout s'il constitue un danger pour la sécurité publique.

Dans la rédaction du certificat, il y aura à tenir compte de cet élément capital, à savoir qu'en cas de placement d'office c'est en raison du danger qu'il fait courir au bon ordre et à la sécurité publique qu'un aliéné va être interné. Aussi y a-t-il lieu de modifier légèrement la formule que nous avons donnée plus haut d'insister surtout sur le caractère dangereux de la maladie.

Forcément, le médecin se trouvera parfois en présence de malades dont le caractère dangereux ne lui apparaîtra pas avec une extrême évidence : il y a des aliénés qui sont, sinon toujours, du moins à certaines phases de leur affection, absolument inoffensifs et incapables, d'ailleurs, de faire quoi que ce soit ni en bien ni en mal ; la famille en a réclamé le

placement, non par crainte, mais pour éviter une charge très lourde et des soins coûteux et pénibles. Nous savons que, d'après la loi, les aliénés pauvres n'ont pas droit à l'internement en tant que malades, mais que la société les séquestrera s'ils sont dangereux. Dans ces cas, il n'y a pas à hésiter : il faut certifier qu'ils sont dangereux puisque c'est la condition légale de leur internement. Il n'y a du reste à cela aucun risque à courir : outre que cette prescription féroce est tombée en désuétude, qui pourrait soutenir qu'un aliéné ne sera pas dangereux à un moment donné ?

Comme l'indique l'article 18, le préfet seul a le droit d'ordonner un internement d'office. Mais « en cas de danger imminent », les commissaires de police ou les maires ordonnent « les mesures provisoires nécessaires à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet qui statuera sans délai » (art. 19). Il semble donc que les maires n'aient à intervenir que d'une façon exceptionnelle : « en cas de danger imminent ». Or dans la pratique, en présence de n'importe quel cas d'aliénation mentale, c'est toujours le maire qui intervient. S'appuyant sur le certificat médical et sur les résultats de l'enquête qu'il a fait faire, le maire, concluant que le malade trouble l'ordre public, ou bien s'en remet prudemment à l'autorité supérieure pour statuer ou bien décide de lui-même des mesures à prendre.

Ces mesures, qu'elles soient ordonnées par le maire ou par le préfet, ont toujours, pour commencer, un caractère provisoire. Jamais, du moins à notre connaissance, en cas de placement d'office, un aliéné, même très dangereux, n'est transféré directement de son domicile à l'asile. Il y a pour les internés d'office une étape intermédiaire qui est la *mise en observation*.

Le principe de la mise en observation serait contenu en germe, si l'on tient absolument à le mettre sous le couvert de la loi de 1838, dans l'article 24 très largement interprété. Pour dire le vrai, on n'en trouve nulle trace dans la loi. D'ailleurs, si l'on veut comparer les prescriptions légales à la marche suivie d'habitude pour les internements d'office, on se rendra compte qu'elles n'ont point été suivies avec une rigueur trop stricte et que leur application a été très largement comprise.

Notre aliéné, par ordre de l'autorité supérieure ou par ordre du maire, est transféré à l'hôpital le plus voisin pour y être soumis *pendant quatre jours* (1) à l'observation des médecins dudit hôpital. Dans toutes les villes où existe un hôpital ou un hospice, ces établissements sont tenus à recevoir provisoirement les aliénés. Généralement on leur a réservé un pavillon, un réduit à l'écart, sur l'installation desquels il est inutile d'insister, mais dont on peut dire d'une façon générale qu'ils manquent non seulement de confort, mais de l'organisation la plus élémentaire. Nous ne pensons pas que dans les communes dépourvues d'hôpital les maires aient jamais songé à loger des aliénés soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet. Oubliant cette clause désuète, ils le font transporter au plus vite au plus prochain hôpital.

(1) C'est du moins le délai fixé par la mairie de Lille.

C'est à l'hôpital que l'aliéné va attendre que le préfet, averti dans les vingt-quatre heures, statue « sans délai » sur son sort. Mais il faut, avant cela, qu'un médecin délégué par le préfet ait vu l'aliéné et signé soit un certificat d'internement quand le malade continue à donner des signes d'aliénation mentale, soit sa mise en liberté si le malade, atteint de délire toxique par exemple, s'est guéri rapidement, soit enfin sa remise à la famille quand celle-ci le réclame.

On voit par cet exposé que le médecin appelé par la famille ou délégué par le maire pour voir en ville un aliéné dont on demande le placement d'office ne doit pas signer un certificat d'internement puisque jamais, dans ce cas, son certificat ne permettra de transférer immédiatement un aliéné de son domicile à l'asile. Il doit conclure simplement à la mise en observation.

Aussi, tenant compte des différences qui séparent un placement d'office d'un placement volontaire, nous pensons qu'il y a lieu de modifier la formule que nous avons donnée plus haut et de rédiger comme suit le certificat pour placement d'office :

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que M. X.. (nom, prénoms, etc.) est atteint d'aliénation mentale (ici une indication très brève des caractères du délire), qu'il est dangereux pour lui-même et pour la sécurité publique, et qu'il est nécessaire de procéder d'urgence à sa mise en observation.

Ce certificat sera rédigé sur papier libre.

Est-il utile d'ajouter que le fait d'être délégué par l'autorité publique ne diminue pas la responsabilité propre du médecin, qu'il doit observer les prescriptions de la loi et s'en tenir aux précautions que nous avons indiquées à propos du placement volontaire. Ces précautions s'imposent d'autant plus que dans le cas présent il est toujours seul à examiner le malade.

Pourtant il faut ajouter qu'en cas de placement d'office, c'est l'autorité administrative, seule, qui ordonne l'internement et c'est elle, seule, qui doit être mise en cause en cas de conflit ou de réclamation

de la part de l'intéressé ou de sa famille. Le médecin, s'il n'a pas commis la faute grave dont nous avons parlé plus haut, doit être à l'abri de toute représaille.

Voici d'ailleurs, à l'appui de cette thèse, un jugement du Tribunal de Blois (1), à la date du 22 mars 1901, qui est intéressant en l'espèce et pourrait, à l'occasion, servir de précédent :

Il s'agit d'un alcoolique débitant qui fut, à deux reprises différentes, interné à l'asile des aliénés de Blois, une première fois à la demande de sa femme qu'il avait voulu tuer, une seconde fois à la demande de son propriétaire qu'il menaçait et dont il brisait le mobilier. Cet alcoolique, contestant la validité de son second internement, fit un procès au Dr P..., de Blois, qui avait rédigé le second certificat.

« Attendu, dit le jugement, que c'est en vertu d'un ordre émanant du préfet de Loir-et-Cher que X... a été interné à l'asile d'aliénés de Blois, et qu'en délivrant cet ordre en vertu de la loi du 30 juin 1838, le préfet de Loir-et-Cher a accompli un acte de police administrative ;

Qu'il n'appartient pas aux tribunaux civils d'apprécier cet acte préfectoral ;

Que rien au surplus *n'établit et ne permet de supposer qu'il ait été obtenu par les démarches de Z... (le propriétaire) et la production du certificat délivré par le Dr P...* ;

Attendu au fond que X... avait été interné à l'asile des aliénés de Blois en avril 1898, qu'il y était resté pendant six semaines ; qu'il en était sorti alors, son état ne paraissant plus présenter de danger pour la sécurité des personnes ;

Mais attendu qu'il résulte des renseignements fournis au tribunal, qu'après sa sortie de l'asile X... ayant continué à boire, les crises d'alcoolisme qui avaient motivé son premier internement se reproduisirent et prirent un caractère alarmant et dangereux ;

Attendu qu'étant données les manifestations évidentes de fureur alcoolique observées par le Dr P... semblables à celles qui avaient motivé la délivrance d'un premier certificat, non critiqué, il y a lieu de considérer comme bien fondés les termes du deuxième certificat par lui délivré, le 22 octobre ; qu'il l'a délivré après *un examen suffisant en connaissance de cause, de bonne foi et en son âme et conscience* ;

Par ces motifs :

Déclare X..., *non recevable* et en sus *mal fondé dans ses demandes* et le condamne à tous les dépens.

Donc, en cas de placement d'office, les tribunaux déclarent que s'il y a une responsabilité, cette responsabilité incombe au préfet et au préfet seul : et ils se déclarent, en plus, incompétents pour apprécier un acte préfectoral.

Le certificat médical n'entraînant pas par lui-même l'internement (contrairement à ce qui se passe dans le placement volontaire) et n'engageant pas le préfet, seul juge de l'opportunité de cet internement, le médecin ne peut être mis en cause. La réclamation d'un aliéné interné d'office n'est donc pas *recevable* contre le médecin qui a rédigé le certificat.

Mais fut-elle recevable (et elle le serait en cas de placement volontaire), le certificat délivré par le médecin « après un examen suffisant, en connaissance de cause, de bonne foi et en son âme et conscience » est inattaquable.

C'est ce qu'il était intéressant de démontrer.

Nous avons eu l'occasion de relever, chemin faisant, les différences qui séparent le placement volontaire du placement d'office. Nous avons vu que le premier, apanage des seules personnes qui peuvent payer, s'effectue ou du moins peut toujours s'effectuer au profit de l'aliéné considéré comme malade, et en vue de son traitement et qu'il ne nécessite aucune intervention de l'autorité publique. Il en résulte une rapidité dans le placement, tout à l'avantage du malade, s'il est vraiment aliéné.

Le second, au contraire, est réservé aux pauvres, il est fait non pour eux mais contre eux et seulement quand ils deviennent dangereux : Il n'est pas question de les soigner mais de s'en garer et c'est par mesure de police administrative qu'on les interne. Bien que la loi de 1838 ait subi en leur faveur de nombreux adoucissements, elle ne fait pas moins des aliénés pauvres une classe à part qui n'a pas droit légal au gîte et au traitement. Leur internement, même reconnu urgent, comporte des formalités qui le retardent considérablement et qui empêchent un aliéné pauvre de recevoir des soins immédiats et souvent nécessaires. Il y aurait beaucoup à dire notamment sur la mise en observation dans les conditions où elle est pratiquée et l'on démontrerait aisément que l'intérêt de la plupart des aliénés serait d'être transféré de suite à l'asile sans passer par les hôpitaux, où les pavillons qui leur sont réservés ne sont nullement disposés en vue d'un traitement même sommaire : le temps passé en observation est du temps perdu pour le traitement.

De telle sorte que si la loi de 1838 peut être accusée de rendre le placement volontaire trop facile et de favoriser ainsi la séquestration arbitraire — chose très rare qu'on le sache bien ! — elle paraît bien plus critiquable en ce qui concerne le placement d'office, non seulement parce qu'elle les a rendus trop lents, mais aussi parce que dans toutes ses prescriptions elle consacre légalement une différence inique entre le malade pauvre et le malade riche.

C'est à ce point de vue surtout qu'on en doit souhaiter la prompte révision.

(1) Cité in *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1901, 2e semestre, p. 92.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 423. Neuvième Année. N° 8 Le Numéro : 10 centimes 19 Février 1905

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas d'hypothermie considérable et prolongée, chez une enfant atteinte de tuberculoses multiples des membres (1).

par le Dr **René Le Fort**, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien en chef au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer

et le docteur **Bachmann**, médecin-résident au Sanatorium.

La fillette dont l'observation est ci-dessous rapportée a été suivie par nous pendant près de deux ans au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer. Traitée pour des tuberculoses multiples des membres, son état général a été pendant plusieurs mois si mauvais que nous n'aurions jamais cru espérer voir survenir la guérison, mais le fait qui rend très intéressante l'histoire clinique de cette petite malade est une hypothermie dont le degré et la durée ont dépassé de beaucoup tout ce qu'il est ordinaire d'observer au cours de n'importe quelle affection.

Suzanne D. est entrée le 25 janvier 1903 au Sanatorium, service de M. le docteur LE FORT, elle était âgée de deux ans et un mois. Ses antécédents n'ont jamais pu être précisés, la famille ne s'occupant pas de l'enfant et ne venant jamais la voir. On sait seulement que la mère est morte de tuberculose pulmonaire très peu de temps après la naissance de la fillette et que le père est un alcoolique.

Etat en janvier 1903 : Enfant *rachitique*, avec déformations multiples ; *a) du crâne* : les bosses frontales et pariétales sont extrêmement proéminentes, le crâne est développé dans le sens de la largeur et aplati de haut en bas ;

b) Du thorax, évasé, avec nodosités costales ;

c) Des membres, où les déformations sont marquées par les multiples lésions tuberculeuses.

Gros *abdomen* des rachitiques.

Lésions multiples *tuberculeuses* des membres :

a) Membres inférieurs : deux tuméfactions fluctuantes du pied gauche, 1° à la face dorsale du pied, empiétant un peu sur le bord interne au niveau du premier métatarsien qui est augmenté de volume et paraît douloureux. La peau est un peu rosée à ce niveau. 2° au-dessous de la malléole interne, depuis les tendons du cou-de-pied jusqu'au tendon d'Achille. La tuméfaction est allongée d'avant en arrière, empiète sur la malléole ; la peau amincie, violacée, est prête à s'ulcérer près du tendon d'Achille. Le pied droit est sain.

b) Membres supérieurs. — 1° *Main droite* : α) spina ventosa de la phalange de l'index, avec tuméfaction assez considérable, coloration rouge vineuse de la peau et deux fistules : l'une au bord externe de l'index, l'autre entre ce doigt et le médius.

β) Tuméfaction de la main, limitée à la région du métacarpien de l'index, avec une fistule répondant à la partie moyenne du deuxième espace intermétacarpien.

Rien au niveau du poignet.

2° *Avant-bras droit* : γ) Tuméfaction de l'extrémité supérieure du cubitus au-dessous de l'olécrâne.

Articulation du coude indemne.

3° *Main gauche* : α) spina ventosa de la phalange de l'auriculaire avec tuméfaction moyenne et fistule ulcéreuse à la face palmaire du doigt.

β) Tuméfaction de la région métacarpienne du pouce avec fistule occupant le pli d'adduction du pouce.

γ) Tuméfaction volumineuse du dos de la main occupant toute la région métacarpienne.

(1) Communication à la *Société de médecine du Nord*, le 14 octobre 1904.

4° *Avant-bras gauche* : Abcès fluctuant au niveau du tiers supérieur du cubitus sur le bord interne de l'avant-bras, avec tuméfaction douloureuse de l'os sous-jacent.

Articulation du coude indemne.

En RÉSUMÉ, *tuberculoses osseuses des deux mains, des deux avant-bras et du pied gauche, sans lésions des grandes articulations, chez une enfant rachitique.*

L'état général est ce qu'il pouvait être en pareil cas, pas trop mauvais pourtant ; il ne semble pas y avoir de lésions viscérales. L'enfant pèse 9 k. 300.

Pendant les premiers temps du séjour de cet enfant au

Les pansements sont renouvelés deux fois par semaine.

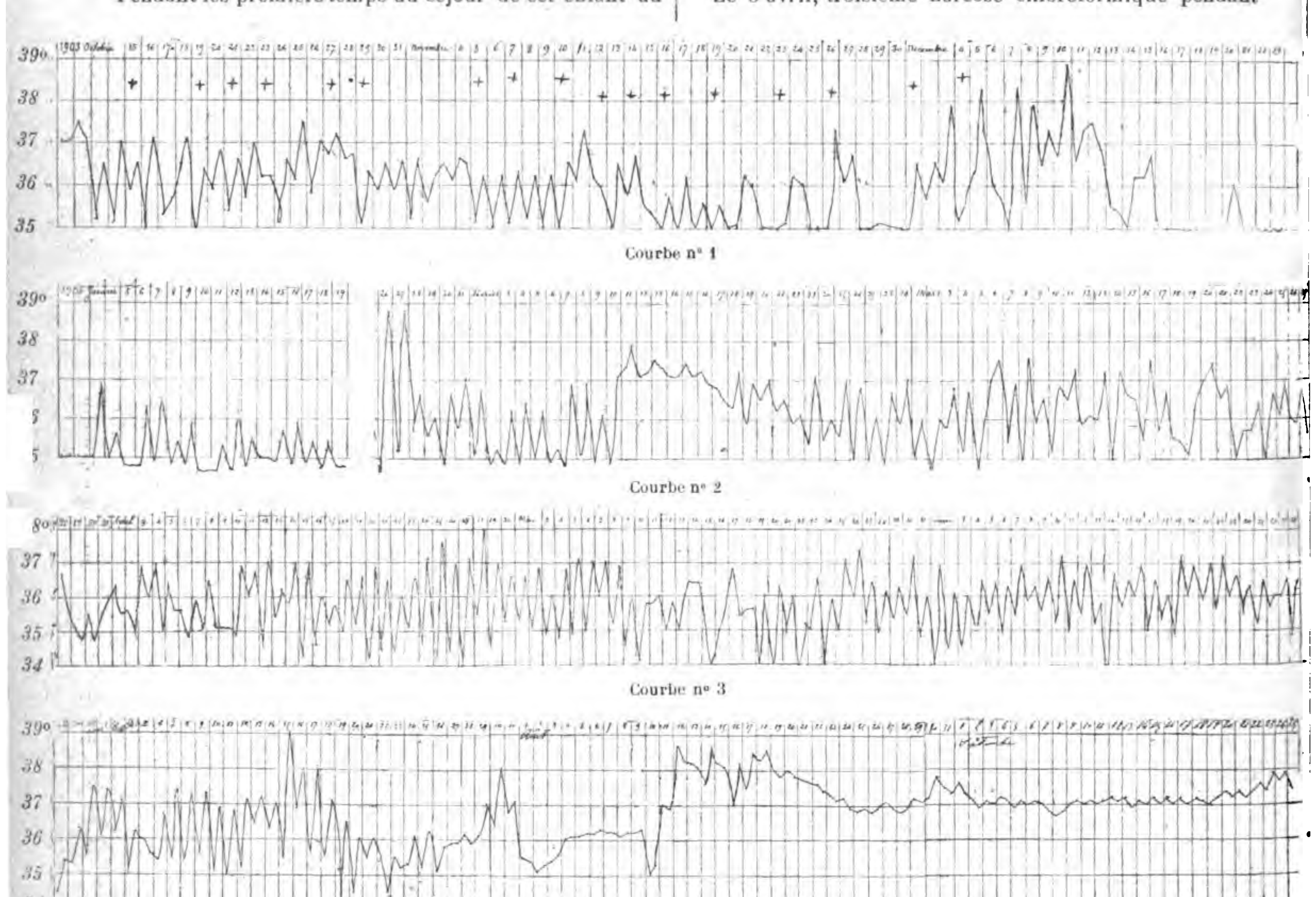
Le 15 mars, nouvelle séance opératoire, encore sous chloroforme : 1° amputation de l'index droit avec le métacarpien dans la continuité de l'os.

2° Ouverture large d'un abcès de la face dorsale de la main gauche.

3° Grattage du petit doigt gauche atteint de spina-ventosa.

En avril, les abcès du pied se sont reformés, un nouvel abcès est apparu en dedans du tendon d'Achille à gauche.

Le 5 avril, troisième narcose chloroformique pendant



Courbe n° 1

Courbe n° 2

Courbe n° 3

Courbe n° 4

sanatorium, il n'y a rien de très particulier à noter. Les tuberculoses ne s'améliorent guère, et, en raison du mauvais aspect des lésions, on est amené à pratiquer toute une série d'interventions dont la liste suit :

C'est d'abord le 15 février, l'incision sous chloroforme des deux abcès du pied gauche, incisions faites l'une à la face dorsale du premier métatarsien, l'autre à la face externe de l'astragale et du calcanéum. Ces incisions faites sous chloroforme sont suivies du grattage des lésions osseuses sous-jacentes. Dans la même séance, on fait un grattage du spina-ventosa de l'index droit et une ponction suivie d'injection d'éther iodoformé dans l'abcès froid de la face dorsale de la main.

laquelle : 1° l'abcès de l'extrémité supérieure du cubitus doit être ponctionné ; on injecte de l'éther iodoformé.

2° Incision d'un abcès froid de la face externe de l'astragale et du calcanéum à gauche.

3° Incision d'un abcès développé en dedans du tendon d'Achille gauche.

4° Incision d'un abcès de la face dorsale du premier matatarsien gauche.

Des mèches de gaze iodoformée sont placées dans toutes les cavités et on renouvelle les pansements deux fois par semaine.

L'état général est loin d'être brillant, mais le mauvais état des fistules et des suppurations osseuses a forcé la

main pour ces diverses interventions. L'enfant est mise à la viande pulpée ; en juillet 1903, elle paraît se remonter un peu, mais les lésions osseuses progressent et le 11 octobre, il faut absolument se résoudre à une nouvelle intervention pour le pied gauche. Sous chloroforme, l'astragale est enlevée avec des séquestres osseux du calcanéum; attouchements à l'acide phénique pur suivant la méthode de PHELPS. La perte de sang a été assez abondante.

Jusqu'ici la courbe de température n'avait rien donné de très particulier, et comme celle de tous les enfants atteints de semblables lésions, elle avait présenté des oscilllations plus ou moins marquées, en rapport avec la qualité des plaies et leur mode de drainage. A partir de ce moment, on commence à noter de l'hypothermie qui est pour la première fois mentionnée dans l'observation relevée par M. le docteur BACHMANN au milieu d'octobre. Le 13, en effet, la température du matin s'abaissait à 35° 2 et le 15 à 35°1, températures rectales, bien entendu (courbe n° 1).

L'enfant est très affaissée, et dès le 15 on lui fait des injections de sérum de 40 grammes notées par des croix sur la courbe de température. A partir du 19 octobre, les injections sont portées de 40 à 60 grammes. Elle paraissent inefficaces, et les deux dernières sont faites le 1er et le 4 décembre : 40 gr. le 1er décembre, 20 gr. le 4.

La température s'abaisse de plus en plus jusqu'au commencement de décembre. On remarquera que, dans la courbe reproduite ci-contre, la température de 35° exactement se répète avec une grande fréquence. Nous en aurons l'explication plus loin.

A partir du 1er décembre, on fait des enveloppements ouatés des membres, et la température se relève avec de grandes oscillations manifestement fébriles. Les écarts sont considérables, 35° à 38° 3 le 7 décembre. L'état général est extrêmement mauvais, l'enfant est extraordinairement maigre et blanche et paraît somnoler de façon continue. Elle a perdu 2 kg. 300 depuis le mois de février et pèse 7 kilogr.

A partir du 12 décembre, chute brusque de la température qui finit par rester régulièrement à 35° sur la courbe (1).

Le 2 janvier, pour la première fois depuis le 20 décembre et la seconde depuis le 15 décembre, la température s'élève au-dessus de 35° ; pourtant, malgré sa maigreur et son mauvais état général, l'enfant mange bien, elle va normalement à la selle, elle est même propre pour son âge ; elle ne se plaint pas et dort ses nuits entières (courbe n° 2).

Les enveloppements ouatés n'ont guère plus d'influence que les injections de sérum.

Du 19 janvier au 26, la température s'élève une seule fois au-dessus de 35°, c'est le 23 au soir, où brusquement elle monte à 36° 3. Le 26, l'enfant fait de la bronchite et de la fièvre; dans la journée, la température monte de 4 degrés et du 27 au 11 février oscille entre 34° 5 et 37°.

Pendant ce temps, on trouve des râles muqueux abondants, du côté droit surtout. L'enfant tousse à peine; le 7 février, les râles disparaissent de la poitrine.

A partir du 11 février, la température se rapproche de la normale qu'elle dépasse même un peu jusqu'au 17. Cette période correspond à une amélioration de l'état général qu'on trouve notée le 14, dans l'observation prise au jour le jour par M. le Dr BACHMANN.

A partir de ce moment, la température s'abaisse progressivement, avec des oscillations de plus en plus marquées, et le 2 mars, elle est le matin de 34° 5.

Le 5 mars, on constate de nouveau 34° 5. Le pouls, qui la veille au soir était à 100, était à 92 avec des intermittences ; le soir, il était de nouveau à 100.

Pendant tout le mois de mars et le mois d'avril, l'hypothermie est considérable et du 20 au 27 avril nous relevons les températures (rectales) matinales de 34°2, 34°4, 34°4. 35°1, 34°6, 34°2, 34°4 et 34° (courbe n° 3).

Les lésions locales pendant ce temps ne s'améliorent guère.

Le 15 mai, il faut ponctionner au bistouri un abcès de la main gauche développé au niveau de la plaie ancienne de désarticulation de l'index ; l'état est tel qu'on n'ose pas faire usage d'anesthésiques.

Le 19 mai, trois volumineux abcès froids du membre supérieur gauche développés lentement et sournoisement sont ponctionnés au trocart. Le premier de ces abcès siège au côté interne du coude, le second à la face externe du bras au niveau du tiers inférieur, le troisième à la face postérieure de l'avant-bras au niveau du tiers supérieur. Le pus, très grumeleux, s'écoule difficilement, même après injection de quelques centimètres cubes d'éther iodoformé. Pas d'anesthésie.

La température baisse encore et pendant les mois de mai et de juin reste excessivement basse ; le 22 mai on note 33°7, et 33°8 le 24 ; le 14 juin encore 33°7. C'est la dernière fois que la température descend au dessous de 34°.

Le 23 juin, les abcès du bras gauche se sont lentement remplis, incomplètement toutefois ; à l'avant-bras, la ponction a laissé une fistule.

En juillet, ces abcès restent peu volumineux, ils n'augmentent pas, et la situation reste stationnaire pendant la première moitié du mois d'août. A noter au milieu de juillet quelques grandes oscillations de température et même parfois de l'hyperthermie vespérale atteignant 39° le 15 juillet (courbe n° 4).

A partir du 19 juillet, où le thermomètre marque encore 34° le matin, la courbe de température prend un caractère différent, les grandes oscillations deviennent rares, et les températures du matin et du soir se rapprochent beaucoup. Cela devient tout à fait net dès le commencement du mois d'août.

De ce moment aussi date une amélioration considérable de l'état général qui se relève rapidement.

A cette époque, survient un incident qui paraît avoir eu une réelle influence sur la santé de la jeune D... Une épidémie légère de scarlatine et de rougeole ayant éclaté au mois d'août au sanatorium, plusieurs enfants furent pris de rougeole dans le pavillon où est logée notre petite malade.

Le 11 et le 12 août, la température de l'enfant s'élève brusquement et oscille les jours suivants autour de 38°.

Le 17 août, apparaît du catarrhe oculo-nasal, et le même jour, survient sur le dos une éruption peu caractéristique, constituée par des plaques légèrement saillantes, d'un rouge vif. L'apparition du catarrhe oculo-nasal est en

(1) La surveillante qui prenait les températures était une femme très consciencieuse, et dès le début de l'hypothermie, quand les températures très basses que nous avons signalées furent notées pour la première fois, M. le docteur BACHMANN vérifia lui-même l'exactitude des températures inscrites; il ne put jamais relever d'erreurs. Nous avions donc pensé pouvoir nous en rapporter à cette surveillante, mais la persistance de cette température de 35° était invraisemblable ; nous apprîmes alors que le thermomètre qui servait à prendre les températures de la jeune D. commençant à 35°, on avait marqué 35° chaque fois que l'instrument, laissé un temps normal, n'avait pas dépassé le chiffre de 35°, premier inscrit. Dès lors, on chercha un thermomètre indiquant des températures plus basses, mais, cette fois, la surveillante ne sut où inscrire les températures notées au thermomètre sur des feuilles qui ne commençaient qu'à 35° ; la surveillante affirme que pendant cette période, le mercure montait tantôt jusqu'à 34° ou 34° 5, et tantôt ne dépassait pas le premier chiffre noté, soit 33°.

Il est bien regrettable que nous n'ayons pas pu obtenir de données plus précises sur la température de la jeune D.., à cette époque, et que la courbe ne puisse être entièrement établie. Sans même considérer comme démontrées les affirmations de la surveillante, et en s'en tenant aux températures immédiatement notées, les faits restent encore tout fait à extraordinaires.

faveur de la rougeole, mais les caractères objectifs de l'éruption, qui d'ailleurs ne paraît pas avoir commencé par la face, ne permettent pas de faire un diagnostic. L'enfant n'a pas de vomissements, elle a une légère diarrhée ; elle passe au pavillon d'isolement.

Le lendemain, 18 août, l'éruption occupe tout le corps ; elle a nettement l'apparence scarlatiniforme. Elle est accompagnée d'énanthème et d'angine.

Le 19 août, même état ; la langue est framboisée. La température commence à baisser.

Le 23 août, l'éruption est terminée après avoir occupé les membres et avoir été peu apparente sur la face.

Le 6 septembre, apparition tardive d'une desquamation légère qui se prolonge jusqu'au 2 octobre.

Le 4 octobre, on cesse l'isolement.

Depuis le 19 août, la température a baissé progressivement pour atteindre la normale vers le 24 août. Fait étrange, la courbe se maintient à partir de ce moment et



Fig. 1

définitivement aux environs de 37°, l'hypothermie a cédé.

Du reste, l'état général, loin d'avoir été aggravé par la scarlatine, s'est considérablement amélioré. L'enfant, qui était d'une maigreur réellement effrayante, a repris au point qu'il a un aspect presque florissant en revenant du pavillon d'isolement.

Elle a augmenté de poids depuis l'hiver: de 7 kilogr. en décembre, elle est remontée à 9 kilogr. en juin : à la sortie du pavillon d'isolement, elle pèse plus de 10 kilogr.

Nous avons jugé inutile de reproduire la suite de la courbe de température de notre jeune malade, depuis la fin d'août, elle oscille aux environs de 37° et ne présente plus de caractères particulièrement intéressants, les quelques oscillations notées depuis cette époque étant facilement expliquées par l'état des suppurations osseuses.

En décembre, l'enfant n'est plus reconnaissable, l'état général est excellent.

C'est maintenant une fillette qui ne ressemble plus en rien aux dessins, pourtant très exacts, faits d'elle il y a moins d'un an (fig. I et II).

Localement, voici les observations relatées par M. le docteur BACHMANN à la date du 8 décembre 1904 :

Du côté du *coude droit*, en arrière et au niveau de la base de l'olécrâne, on trouve une fistule adhérente à l'os et le stylet perçoit aisément l'os dénudé auprès de l'orifice même.

Au bras gauche, à la partie supéro-interne de l'avant-bras, fistulette au niveau d'une ponction faite le 19 mai. On ne trouve plus trace des autres abcès qui ont été ponctionnés le même jour au niveau du coude et du bras.

Main droite : Les lésions sont entièrement cicatrisées.

Main gauche ; Cicatrice dorsale oblique commençant au niveau d'une fistulette recouverte de croûtelles et située à la base du troisième métacarpien et se terminant à la racine du petit doigt. Autre fistulette recouverte d'une croûtelle entre le premier et le deuxième métacarpien.

Au pied gauche : Cicatrice oblique au niveau et au-dessus



Fig. 2

de la malléole interne. Cicatrice avec croûtelles à la racine du gros orteil. En dehors, cicatrice curviligne longue de huit centimètres, située en arrière de la malléole interne qu'elle embrasse dans sa concavité ; cette cicatrice porte à sa partie moyenne une fistulette ; la suppuration est peu abondante et n'exige qu'un pansement par semaine.

L'articulation du cou de pied de ce côté est complètement indemne, l'enfant a tendance à mettre son pied en hyperextension, mais on peut sans provoquer aucune douleur placer le pied à angle droit. Le pied est un peu déformé ; cette déformation est due à l'hyperplasie des tissus autour des cicatrices, aux destructions osseuses résultant en partie des opérations pratiquées sur le tarse et qui ont amené un très léger raccourcissement du pied (1/2 centimètre) ; il y a en outre affaissement de la phalange du gros orteil, plus court de 1/2 centimètre que les autres orteils.

Cette hypothermie invraisemblable a donc duré huit mois. La température la plus basse nettement constatée sans erreur possible, a été de 33°7, chiffre relevé en mai et en juin. Pendant toute cette période d'hypothermie extrême et surtout pendant les mois de janvier et de février 1904, l'état général a été si mauvais que c'était une surprise tous les dimanches pour l'un de nous, de retrouver

vivante cette enfant à la visite hebdomadaire. Un de nos confrères, professeur à la Faculté de médecine, de passage au sanatorium, crut pouvoir affirmer l'existence d'une tuberculose généralisée ; son pronostic, comme le nôtre, était fatal et à très brève échéance.

Quelle a pu être la cause d'un abaissement aussi singulier de la température ?

Il est assez difficile de le dire.

L'immobilité prolongée nécessitée chez cette fillette par les multiples lésions des membres, a pu contribuer jusqu'à un certain point à abaisser la température, mais la jeune D.... ne s'est pas trouvée dans des conditions différentes de celles de ses jeunes voisines de salle qui n'ont jamais rien présenté de particulier à ce point de vue.

Il est un fait assez intéressant à noter dans l'histoire clinique de cette fillette. Depuis le 13 mars, on a remarqué que l'enfant rend quelquefois dans ses selles des anneaux de tœnia, mais en raison de l'état d'extrême faiblesse, on n'a pas osé faire de suite usage des anthelminthiques.

Le traitement essayé une première fois n'a pas donné de résultats et les anneaux ont reparu au bout de peu de temps.

Bien qu'on retrouve journellement des anneaux de tœnia dans les selles, on a attendu que l'enfant fût remontée entièrement pour reprendre le traitement.

A la fin de novembre, on ne trouve plus d'anneaux dans les selles.

Le 8 décembre, on donne 20 centigrammes de calomel une heure après administration d'une potion contenant :

Chloroforme.	2 gr. 50
Potion de Todd	15 gr.

Le purgatif amène une selle assez abondante sans anneaux de tœnia, celui-ci paraît avoir disparu de lui-même, il n'y a plus d'anneaux dans les selles depuis un mois.

La présence de tœnia a-t-elle eu quelque influence sur l'hypothermie ? Peut-on admettre l'action de sécrétions hypothermisantes provenant du parasite ou de l'organisme qui lui donne asile ? Peut-être le parasite a vraisemblablement fait son apparition après l'ingestion de pulpe de viande crue commencée en avril 1903, un mois avant le début de l'hypothermie, mais d'autre part, celle-ci a disparu avant le tœnia lui-même.

L'examen des divers organes n'a rien révélé qui pût aider à l'interprétation des faits : le cœur paraît normal, malgré quelques intermittences constatées jadis, il n'y a actuellement ni intermittence, ni bruits de souffle, peut-être seulement un peu d'irrégularité de temps en temps.

Le foie n'a jamais été gros. Notons aussi qu'il n'y a pas de cyanose des extrémités comme on l'a vu dans certaines formes de tuberculose avec hypertrophie du foie et hypothermie. On trouve une petite zone de matité splénique qui ne paraît guère exagérée.

Les fonctions intestinales ont toujours été régulières, et ce n'est pas là le fait le moins étonnant de cette étrange histoire clinique. Les reins fonctionnent normalement.

L'examen des urines de la jeune D... a été fait à diverses reprises. Le 24 juin, M. le docteur Deléarde a bien voulu nous remettre la note suivante :

Aspect : limpide ; réaction : acide ; densité : 1028 ; albumine : 0 ; sucre : 0 ; urée : 25 grammes par litre ; phosphates en acide phosphosrique : 2 gr. 75 par litre ; chlorures : 14 gr. par litre.

La quantité d'urines en 24 heures n'a pas pu être mesurée parce que l'enfant gardait mal ses urines, on peut toutefois remarquer la proportion exagérée d'urée, des chlorures et même des phosphates, qui indique une dénutrition intense.

Pendant longtemps, et malgré l'intérêt qui s'attachait à ces examens, nous n'avons pas osé prélever le sang ou le le liquide céphalo-rachidien dont les analyses complètes auraient été si intéressantes, craignant chez cette enfant, qui n'avait que le souffle, de faire un traumatisme non indispensable, si minime fût-il.

L'examen du sang a été fait par M. Dehon, aide de clinique de M. le professeur Surmont, qui a bien voulu venir à Saint-Pol faire sur place les numérations globulaires. En voici le résultat :

Hématies : 4.913.200 ; leucocytes : 8.113, dont : mononucléaires, 72 0/0 ; polynucléaires, 28 0/0 ; éosinophiles, 2,5 0/0.

Ce résultat n'a rien de bien étonnant. La grande quantité de mononucléaires s'explique par la nature tuberculeuse de l'affection, l'éosinophilie marquée est due à la présence dans l'intestin du tœnia inerme.

Pour la ponction rachidienne nous y avons définitivement renoncé ; parce que l'évolution de la maladie qui nous permet d'éliminer aujourd'hui l'hypothèse d'une lésion bacillaire des centres thermiques, a diminué beaucoup l'intérêt de cet examen. Une lésion centrale bacillaire n'aurait très probablement pas guéri spontanément, et très probablement aussi ne serait pas restée si parfaitement limitée sans retentir d'aucune façon sur les centres nerveux voisins.

Du reste, il semble bien que des causes multiples ont dû agir simultanément pour l'abaissement thermique : la dépression de l'organisme épuisé par des suppurations multiples, l'immobilisation relative de la pauvre fillette, et sans doute aussi la perte de sang due aux interventions chirurgicales que, bien à regret et les mains forcées, nous avons été obligés de pratiquer pour nettoyer et drainer des foyers qui se vidaient mal.

L'influence manifestement heureuse d'une scarlatine

sur l'état général et le relèvement immédiat et définitif de la courbe thermométrique à la suite de cette pyrexie sont encore des phénomènes dignes de remarque dans cette observation étrange ; nous ne chercherons pas davantage à les expliquer.

Tels qu'ils sont, les faits nous ont paru intéressants et dignes d'être rapportés.

Cancer de l'ampoule de Vater (1)

par MM. les docteurs

Chardon, directeur médecin et **Raviart**, médecin adjoint

de l'asile d'Armentières.

Observation. — J. M. P..., 63 ans, marin retraité, entre à l'asile d'Armentières, le 14 juillet 1903, à cause d'idées délirantes de persécution qui le rendent dangereux pour la sécurité publique.

Ses antécédents héréditaires sont très chargés au point de vue névropathique, un frère et deux cousins germains sont atteints d'aliénation mentale.

Comme antécédents personnels nous avons peu de choses à noter, P. .. dit n'avoir jamais été malade ; bien qu'il ait souvent visité les pays chauds, il n'y a jamais contracté de fièvre. C'est un alcoolique qui absorbait tout particulièrement du genièvre, de l'eau-de-vie et de la bière; il présente quelques signes physiques en rapport avec cette intoxication On note de l'athérome artériel.

P..., déclare n'avoir jamais eu d'ictère.

Au mois de novembre 1903, du sub-ictère apparaît, c'est le premier symptôme constaté, il n'était accompagné d'aucun autre et le malade déclarait n'éprouver de trouble d'aucune sorte.

Cet ictère augmenta progressivement d'intensité, si bien que nous obligeâmes le malade à entrer à l'infirmerie vers la fin de novembre. L'examen que nous fîmes à cette époque nous conduisit au diagnostic d'obstruction des voies biliaires, le foie n'était pas volumineux, la rate n'était pas percutable, il n'y avait pas de circulation complémentaire.

Les selles étaient faiblement colorées. Les urines ne contenaient ni albumine ni sucre.

Comme le mal ne faisait aucun progrès, P..., qui ne se plaignait de rien, voulut retourner dans son quartier.

Il y séjourna du 5 au 12 janvier, époque à laquelle il dut revenir à l'infirmerie. Le mal semblait avoir rapidement évolué, l'ictère absolument généralisé était devenu très foncé, les selles étaient encore moins colorées, elles avaient l'aspect du mastic. L'appétit était nul. La percussion et la palpation du foie ne donnaient toujours pas d'indication spéciale, le foie n'était ni diminué de volume, ni hypertrophié.

Le malade se plaignait alors de douleurs abdominales que la pression augmentait, à diverses reprises il gâta, l'ascite apparut et peu après un œdème mou des membres inférieurs était constaté.

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 13 mai 1904.

Dès ce moment le mal évolua vite, de plus en plus ictérique, émacié, ne se nourrissant plus P... tomba dans le marasme, l'ascite augmenta et les douleurs abdominales devinrent si vives que la morphine ne parvenait pas à les calmer.

Abdomen distendu, sonorité exagérée, ombilic refoulé, sensibilité à la pression généralisée. Peu d'ascite.

La langue était sèche, couverte d'un enduit jaunâtre.

Les urines encore abondantes étaient fortement colorées et présentaient les réactions caractéristiques des pigments biliaires et de l'urobiline.

On ne notait ni *diarrhée*, ni *vomissements*.

La faiblesse du malade devint de plus en plus grande, un pouls lent et petit indiquait une faiblesse cardiaque également accusée par un œdème des bases surtout prononcé au niveau du poumon droit.

Le malade mourut le 15 mars, moins de cinq mois après l'apparition des premiers symptômes.

L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, donne les résultats suivants :

Le corps est très amaigri, les téguments, les muqueuses ont une teinte jaune foncé.

Les membres inférieurs sont œdématiés.

Tête. — La *calotte crânienne* est d'épaisseur moyenne. La *dure mère* lui adhère fortement, et des lambeaux en sont déchirés lors de l'enlèvement de la calotte. Sa face interne est, de même que les méninges sous-jacentes, fortement colorée en jaune. Le liquide céphalo-rachidien est de couleur jaune d'or. Nombreuses granulations méningiennes de Pacchioni. La *pie-mère* est œdémateuse et congestionnée. Pas de lésions macroscopiques de la substance cérébrale qui n'est pas colorée en jaune. Le liquide contenu dans les ventricules latéraux est également de couleur jaune d'or. Quelques plaques d'athérome sur les *vaisseaux* de la base.

Thorax. — Le plastron costal est adhérent à gauche, très nombreuses adhérences pleurales de ce côté, le poumon gauche adhère un peu partout mais particulièrement avec la plèvre diaphragmatique et médiastine ; adhérences interlobaires. Quelques centaines de grammes de liquide citrin sont contenus dans des logettes fibrineuses. Œdème et congestion pulmonaire. Sclérose vasculaire et bronchique.

Il y a beaucoup moins d'adhérences à droite. Œdème et congestion de tous les lobes de ce côté.

Le sac péricardique est recouvert de nombreuses fausses membranes fibrineuses l'unissant aux organes voisins, Peu de liquide dans sa cavité.

Cœur. — Cavités droites dilatées, pas de lésions orificielles, cœur gauche normal. Athérome aortique léger.

Abdomen. — A l'ouverture de la *cavité abdominale* un liquide rouge brun s'écoule en abondance ; il est contenu dans de nombreuses logettes fibrineuses et il s'écoule au fur et à mesure qu'on en déchire les parois du reste fort fragiles. Il est réparti dans la cavité abdominale tout entière ; entre les anses intestinales agglutinées et constituant autant de

poches dans certaines d'entre lesquelles le liquide est sanguinolent. De même existent de très nombreuses poches sus-gastriques et sus-hépatiques. Toutes ces poches sont constituées par des membranes fibrineuses noirâtres d'épaisseur et de solidité variables, adhérant fortement en certains points à l'intestin courant d'une anse intestinale à l'autre ou reliant l'intestin ou les autres organes au péritoine pariétal, celui-ci du reste est également tapissé en grande partie de fausses membranes d'aspect sale, ici simple enduit, ailleurs fausse membrane de un centimètre d'épaisseur.

La face inférieure du diaphragme est également couverte d'un enduit fibrineux.

La *rate*, entourée de membranes épaisses lui adhérant fortement, paraît normale.

Le *rein* gauche est petit, la capsule n'est pas adhérente, la substance corticale paraît décolorée par places.

Le *rein* droit, également petit, présente quelques kystes. La *vessie*, la *prostate*, les *testicules* sont normaux.

Rien à l'*estomac* ni à l'*intestin*.

Quelques *ganglions* mésentériques du hile du foie, de la région de la queue du pancréas.

C'est à dessein que nous avons réservé pour en parler en dernier lieu le *foie*, les *voies biliaires*, le *pancréas*.

A un premier examen, la *vésicule biliaire* paraît énormément distendue, de même que les canaux *cystique*, *hépatique*, et *cholédoque*, l'obstacle à l'écoulement doit donc siéger au niveau de l'abouchement des voies biliaires dans l'intestin. Afin d'étudier la lésion avec plus de facilité, nous avons libéré de leurs adhérences le foie et le pancréas, sectionné le duodénum à ses deux extrémités puis enlevé le tout. La section longitudinale du duodénum nous a permis d'inspecter tout d'abord l'*orifice de l'ampoule de Vater* ; à son niveau, sur une étendue de un centimètre carré environ, la muqueuse, plus blanche que les parties voisines, fait une saillie résistante au toucher ; il y a là une sorte de nodosité. L'orifice est cependant encore perméable, et en pressant les voies biliaires on parvient à faire sourdre de la bile décolorée.

Signalons ici l'existence à quatre centimètres de l'orifice, dans la direction de l'estomac, de deux petites saillies perlées de la muqueuse duodénale, accolées l'une à l'autre, d'un diamètre respectif de 2 et 1 millimètre.

Pour découvrir la lésion cause de la rétention biliaire, nous avons alors incisé la tête du *pancréas* d'avant en arrière et parallèlement au canal cholédoque, nous avons pu alors nous rendre compte que le pancréas dont les dimensions, la couleur, l'aspect général semblaient normaux, était étranger à la lésion, et, c'est seulement en incisant longitudinalement le canal cholédoque faiblement adhérent au pancréas qui l'entoure que nous avons trouvé au niveau de l'ampoule de Vater une petite masse bourgeonnante qui semblait émanée de la paroi même de l'ampoule. Ce bourgeon de teinte gris blanchâtre, de forme irrégulièrement conique à base inférieure se confondant avec les parois de l'ampoule de Vater, à extrémité supérieure libre flottant dans la cavité du cholédoque, à surface villeuse, est assez résistant. Un crin de Florence engagé dans l'orifice intestinal de l'ampoule sort au milieu des villosités du sommet.

En amont de cet obstacle les voies biliaires sont extrêmement dilatées, ainsi qu'on peut le constater sur les photographies dont l'une représente la lésion dans son ensemble et l'autre la tumeur de l'ampoule de Vater et le *canal cholédoque* ouvert longitudinalement. Ce dernier a quatre centimètres de circonférence, treize millimètres environ de diamètre, ses parois ne présentent pas d'altérations.

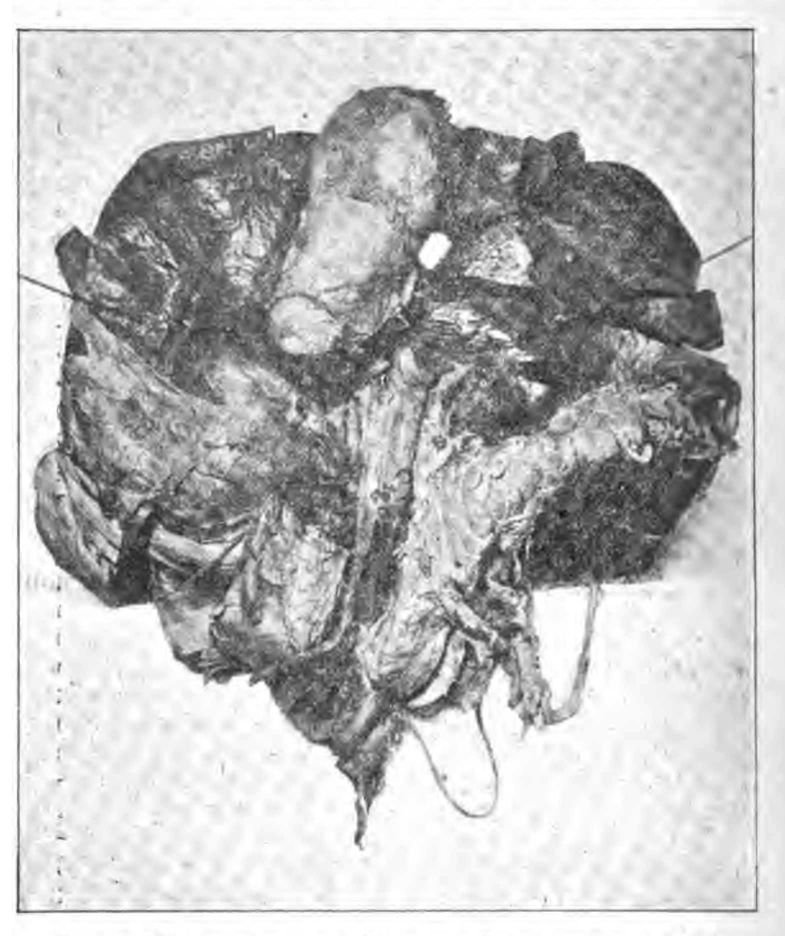


Fig. 1. — Le foie est vu par sa face inférieure, sa surface est granuleuse ; la vésicule biliaire est très distendue, de même les canaux cystique, hépatique et cholédoque ; ce dernier est ouvert longitudinalement dans la moitié inférieure de son trajet, le pancréas sain a été incisé au niveau de la tête de façon à permettre l'ouverture de l'ampoule de Vater dont la cavité est comblée par un bourgeon cancéreux. (Ce cliché est dû au talent de M. Vanderhaghen, interne de l'asile).

Le *canal cystique*, un peu moins volumineux, a une circonférence de deux centimètres, un diamètre de sept millimètres environ.

La *vésicule biliaire* est longue de treize centimètres, a une circonférence de seize centimètres, un diamètre d'environ cinq centimètres, elle est surdistendue par une bile décolorée, elle ne contenait pas de calculs ; ses parois ne présentent pas de lésions.

Le *canal hépatique* a un diamètre de seize millimètres.

Le *foie*, très vert, un peu plus volumineux que normalement, présente une surface irrégulière granu-

leuse, cirrhotique, comme on peut le constater sur notre photographie, à gauche de la vésicule biliaire en particulier.

A l'incision on le trouve complètement imprégné de bile et on note en certains points des productions kystiques paraissant en rapport avec la distension des voies biliaires, aréoles irrégulières à parois blanchâtres, fibreuses, de dimensions variant de un à quelques millimètres de diamètre. Une de ces cavités, située dans la partie postérieure du lobe droit, présente le volume d'une noisette, son contenu liquide est roussâtre et semble de la bile altérée.

Comme l'aspect extérieur l'annonçait, le foie paraît le siège d'un processus de sclérose déjà accentué.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE a porté sur le néoplasme de l'ampoule de VATER, le foie, le pancréas.

Sur des coupes verticales passant par la paroi du duodénum, la paroi du canal cholédoque, l'ampoule de VATER et la *tumeur* qui l'occupe, nous avons pu étudier à la fois la lésion et les rapports qu'elle affecte avec les organes voisins.

La *tumeur* paraît constituée surtout par de nombreux culs-de sac revêtus d'un épithélium cylindrique à plateau, quelques-uns ne paraissent pas altérés et semblent être les diverticules de la muqueuse tels qu'on les trouve décrits dans les traités classiques, ils apparaissent constitués sur une section transversale par un cercle régulier de cellules épithéliales cylindriques dont les plateaux forment à la lumière du tube un contour régulièrement arrondi, leur noyau ovale occupant l'extrémité basale de la cellule constituent eux aussi un cercle régulier. A côté de ces tubes nous en trouvons d'autres présentant déjà moins de régularité dans la structure, de la déformation et de la prolifération des cellules épithéliales dont les noyaux deviennent plus volumineux, perdent leur forme ovale et sont irrégulièrement arrondis, le corps cellulaire lui-même se déforme, s'allonge pour donner des cellules cylindriques géantes de forme peu régulière, ou bien s'arrondit. Bref les caractères normaux se perdent, et, en certains points, la lumière du tube est comblée par des amas de ces éléments épithéliaux modifiés, ailleurs enfin c'est dans de vastes lacunes bordées par d'épaisses travées fibreuses, que sont contenues pêle-mêle les cellules déformées. On peut les voir enfin disséminées au milieu d'un stroma conjonctif. Du côté de la lumière de l'ampoule, les éléments épithéliaux se développent librement, formant de volumineux amas, et de véritables villosités flottant dans la cavité, tantôt constituées uniquement de cellules épithéliales dont un certain nombre sont encore pourvues de plateau, tantôt supportées par des fibres conjonctives émanées de la gangue de la tumeur.

Les lésions ne s'étendent ni du côté du pancréas, ni du côté du duodénum. On note simplement dans la paroi du canal cholédoque et dans celle du duodénum une très abondante infiltration leucocytaire.

Il s'agit en somme d'un *épithélioma cylindrique* paraissant s'être développé aux dépens de l'épithélium de la muqueuse de l'ampoule de Vater.

Le *foie* présente à côté des lésions ordinaires de cirrhose porto biliaire — tissu fibreux, nombreux éléments embryonnaires, néo-canaux biliaires — des îlots de sclérose, volumineux au point d'atteindre huit millimètres de longueur et quatre millimètres de largeur, constitués à la périphérie par une bande fibreuse large de un à deux millimètres, et au centre par une trame conjonctive à aréoles irrégulières ne semblant être autre chose que le stroma conjonctif



Fig. 2. — Cancer de l'ampoule de Vater. La tête du pancréas a été incisée, le canal cholédoque et l'ampoule de Vater ouverts de façon à montrer le néoplasme de formé conique à base inférieure La dilatation des voies biliaires apparaît nettement. (Cliche de M. VANDERHAGHEN).

vasculaire de l'organe d'où tout élément noble a disparu, lésion qui paraît analogue à celle décrite par BRISSAUD et SABOURIN dans un cas d'obstruction des voies biliaires.

Un grand nombre de cellules hépatiques présentent diverses altérations, atrophie, surcharge pigmentaire. Les capillaires sanguins intralobulaires sont généralement dilatés, ils contiennent en grand nombre des leucocytes polynucléaires.

Le *pancréas* paraît normal.

En RÉSUMÉ, chez un homme de 63 ans, alcoolique, n'ayant jamais eu d'affection hépatique, apparut, sans douleur, cinq mois avant la mort, un ictère qui augmenta progressivement d'intensité, les selles étaient décolorées, les urines contenaient des pigments biliaires et de l'urobiline, le foie ne présentait rien d'anormal à la percussion et à la palpation. Deux mois avant la mort débuta une péritonite à laquelle le malade succomba.

A l'autopsie, tumeur de l'ampoule de VATER : épithélioma cylindrique dont le point d'origine est dans la muqueuse de l'ampoule.

La tête du pancréas est absolument indemne.

Les voies biliaires et la vésicule sont extrêmement dilatées.

Le foie, légèrement hypertrophié, présente une cirrhose porto-biliaire.

Lésions de péritonite.

On remarquera que l'ictère a été ici progressif, la diarrhée absente ; comme la variabilité de l'ictère et l'existence d'une diarrhée rebelle sont données comme signes du cancer de l'ampoule de Vater, on voit que leur absence n'était pas faite pour rendre plus facile le diagnostic que nous n'avons pas du reste tenté de faire avec le cancer de la tête du pancréas.

Hématomyélie cervicale traumatique par coup de feu (1)

par M. Descarpentries, interne des hôpitaux.

Le 29 novembre 1904, dans la soirée, entre d'urgence dans le service de M. le professeur FOLET, une femme A. M..., âgée de 26 ans, demeurant rue Basse, 22, qui avait reçu, deux heures auparavant, un coup de revolver à la nuque. La balle avait été extraite en ville, sous le frein de la langue, elle est cylindro-conique, de 7 m. m. de diamètre. La blessée respire normalement, le pouls est bon ; elle porte un pansement propre et antiseptique ; on remet au lendemain toute intervention.

Le 30, à la visite du matin, on pratique l'examen détaillé. A. M..., a toujours été bien portante ; mariée, sans enfant, pas de perte. Elle souffre beaucoup, son intelligence est intacte, et sa gêne en parlant n'est due qu'à l'endolorissement de sa langue. Sitôt le coup, elle est tombée sans connaissance et n'a repris ses sens que lors de son entrée à l'hôpital.

Son bras et sa jambe gauche sont complètement paralysés et retombent flasques, lorsqu'après les avoir soulevés, on les lâche : *Le bras droit est également paralysé.* La blessée peut remuer la jambe droite sans difficulté. Quand on lui commande de remuer les bras, on peut y voir quelques mouvements très légers qui sont dus aux contractions du trapèze, de l'angulaire de l'omoplate. Le deltoïde, les pectoraux sont paralysés. Le diaphragme se contracte rythmiquement et régulièrement, ainsi que les sterno-cléido-mastoïdiens. Elle a 40 inspirations par minute.

Les réflexes rotuliens sont complètement abolis.

Le réflexe plantaire est conservé à droite ; à gauche, on note le signe de BABINSKI, extension du gros orteil avec flexion des autres.

Les réflexes abdominaux sont normaux.

Aux bras, aucun réflexe.

Pas de trépidations épileptoïdes, pas de contractions fibrillaires. Aux bras, on observe que la tonicité musculaire est complètement disparue à gauche, qu'elle persiste, quoique très diminuée, à droite.

Le sens musculaire a disparu, la malade ne connait plus la position de ses membres, sauf pour la jambe droite.

Au point de vue sensibilité, elle présente le syndrôme de BROWN-SÉQUARD.

Le bras gauche est analgésié, mais sent le contact et distingue le froid du chaud.

La jambe gauche sent le contact, la piqûre, mais la sensibilité thermique existe à peine.

Sur l'abdomen toutes les sensibilités sont conservées mais à gauche, où elles sont très diminuées, sauf la sensibilité tactile. Il existe une thermo-analgésie très nette de la jambe et du bras droit, qui conservent leur sensibilité tactile. Toutefois sur la main et l'avant-bras droits la blessée se trompe sur la qualité de l'excitant et prend une simple sensation de contact pour une sensation douloureuse.

Ces troubles de la sensibilité montent jusqu'au niveau des épaules. Une zone d'hyperexcitabilité où le moindre frôlement est très douloureux lui fait suite. Cette hyperexcitabilité occupe également la partie supérieure du thorax. Au cou, à la face, les sensations sont normales. On note du myosis, les deux pupilles sont régulières, mais toutes deux très petites, laissant une ouverture de deux millimètres de diamètre environ. Elles réagisssent à la lumière et à l'accommodation qui se fait normalement. Pas de rétrécissement de la fente palpébr le, pas de retrait du globe de l'œil, pas de diminution de la tension oculaire. Du reste, nulle part on ne note de troubles vasomoteurs.

Les sphincters vésical et anal sont contracturés ; la malade ne sent point le besoin d'uriner. Il faut la sonder. La déglutition se fait normalement. Ses menstrues, qui étaient apparues depuis deux jours, continuent sans changement. La température axillaire est de 36° 9. Le pouls plein, régulier, bien frappé, est ralenti ; on trouve 56 pulsations à la minute.

M. FOLET décide une intervention. Il se souvient d'un cas non pas identique, mais comparable qui s'est passé dans le service il y a dix ans. Un homme chez lequel on croyait à une rupture complète de la moelle dorsale par fracture du rachis : paraplégie flasque et anesthésie totale avec abolition complète des réflexes divers ; — (car en dépit des expériences de laboratoire, l'écrasement complet de la moelle donne lieu souvent à cette abolition des réflexes ; CHARLTON-BASTIAN, HUGLINGS-JACKSON, BOWLBY l'ont constaté avant M. FOLET ; la chose d'ailleurs est acceptée aujourd'hui) ; — cet homme donc, qui mourut le lendemain de son entrée, la veille du jour où l'on devait trépaner son rachis, fut trouvé *sans lésion de la moelle*. Mais un épanchement extra-duremérien emplissait l'étui vertébral, de la troisième à la cinquième dorsale, engainant la moelle d'un bracelet caillotique, et la comprimant car la dure-mère apparaissait normale au-dessus du caillot tandis que plus bas son réseau veineux était gorgé de sang (1). Assurément il avait peu de vraisemblance à ce que chez notre femme

(1) Communication à la *Société de médecine du Nord*, séance du 9 décembre 1904.

(1) Obs. publiée par LAMBRET dans le *Bulletin médical*, 11 septembre 1895.

les symptômes complexes et à forme hémiplégique fussent liés à un hématorachis. Mais une compression d'esquille ne pouvait-elle simuler une destruction médullaire unilatérale? Quoi qu'il en soit, M. Folet, qui avait amèrement regretté de n'être point intervenu il y a dix ans, s'était promis d'intervenir, dans les cas douteux de traumatisme rachidien et médullaire; l'ouverture du rachis n'ajoutant quasi rien à l'effroyable gravité de la blessure, et donnant une chance éventuelle de salut sur cent ou sur mille.

L'intervention étant décidée, la ponction lombaire était inutile ; elle ne fut pas faite.

Après chloroformisation, on défait le pansement. La balle a pénétré à 1 cm. 1/2 à gauche de la ligne épineuse, à 3 cm. au-dessus de l'apophyse de la septième vertèbre cervicale, faisant un petit orifice par lequel s'écoule un peu de sang. Après la toilette, incision passant par le trou de la balle; les lames vertébrales sont découvertes et l'on trouve l'orifice créé par le projectile entre les lames des quatrièmes et cinquièmes vertèbres : l'orifice est rond, fait à l'emporte-pièce, sans esquilles. On l'agrandit à la pince-gouge : du liquide céphalorachidien s'écoule teinté de sang; pas d'hématorachis. La dure mère est découverte, elle a été touchée, on agrandit un peu l'orifice avec la pointe d'un bistouri. On ne trouve pas de causes de compression; on enlève quelques esquilles très minimes qui se trouvaient à la surface de la dure mère. Le bout du petit doigt que l'on peut aisément introduire dans le canal rachidien perçoit très bien le contact de la moelle sous la forme d'un cylindre de consistance normale. La moelle ne semble pas diffluente et écrasée. On place un drain et on referme la plaie.

Le soir, mêmes symptômes. Température 36° 8. Pouls à 44. Le liquide céphalorachidien a traversé le pansement.

Les jours suivants, les symptômes persistent, le liquide céphalo-rachidien s'écoule en abondance. Le 3 décembre, on ne trouve plus le signe de Babinski à la jambe gauche : Malgré tous les soins que l'on a pris pour les éviter, deux escharres sacrées se forment.

Le 4, à la suite d'un lavement, la malade lâche quelques matières fécales. Le 5, le drain est enlevé, le liquide céphalo-rachidien suinte toujours par la plaie.

Le 6 décembre, le myosis diminue un peu. On note à l'avant-bras gauche un œdème dur remontant jusqu'au coude. Les mains commencent à présenter des signes d'atrophie.

La jambe droite est le siège de fourmillements et de douleurs, la blessée la remue beaucoup moins bien, beaucoup plus lentement.

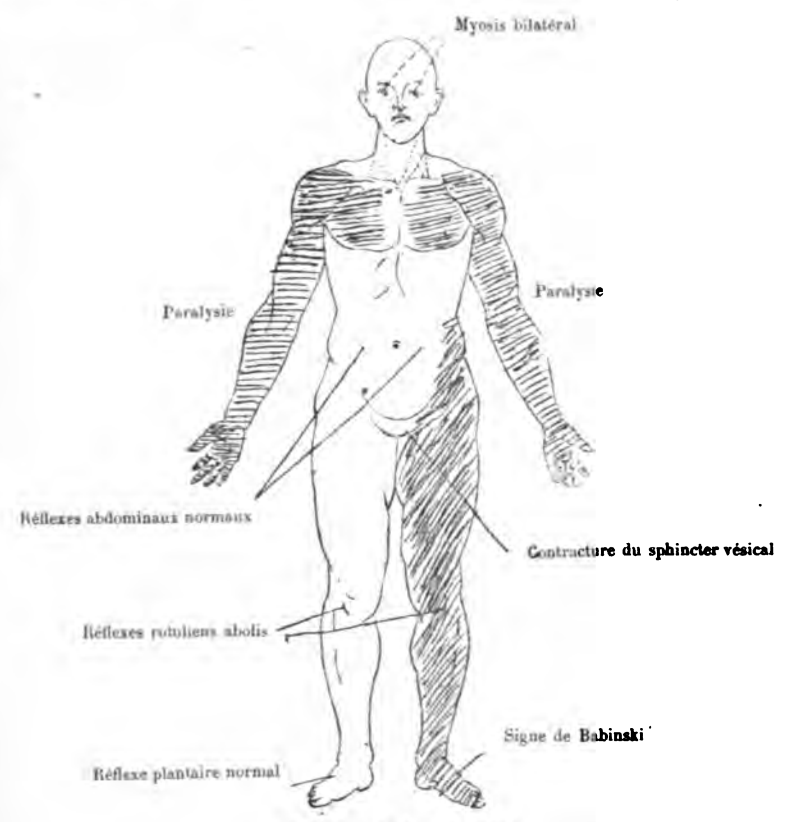
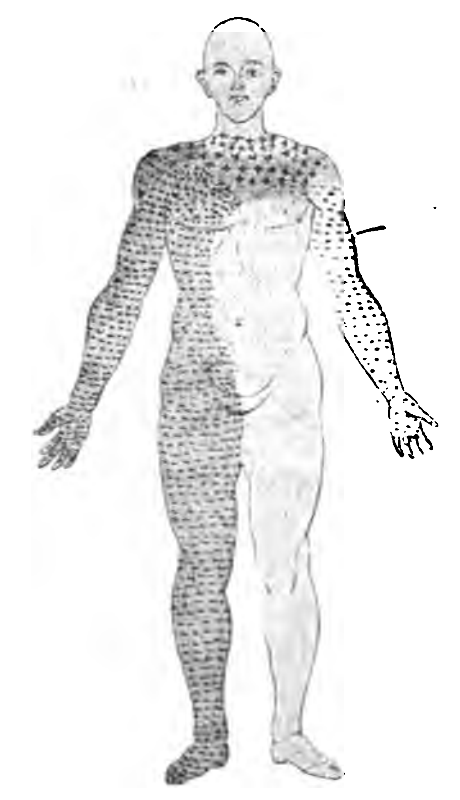


Schéma de la motricité


Schéma de la sensibilité

 zone d'analgésie

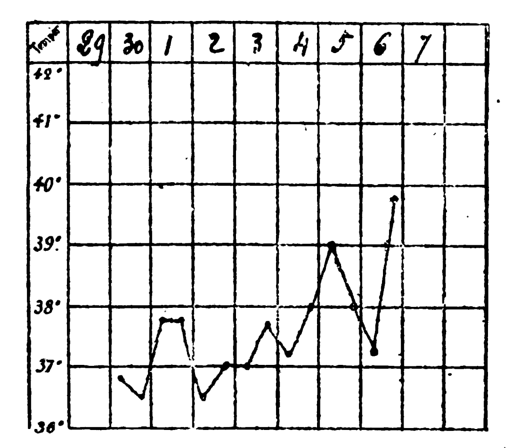
 zone de dissociation syringomyélique

 zone d'hyperesthésie

La respiration s'accomplit normalement quoique le rythme respiratoire se soit accéléré : 60 inspirations à la minute.

La nuit du 6 au 7 fut mauvaise, la malade a eu du délire; le matin elle ne reconnaît plus personne et elle meurt sans présenter des signes bien particuliers vers 9 heures. La respiration était normale quoique toujours

de rythme un peu accéléré. Voici la courbe de température de la malade :



L'autopsie n'a pu être faite entièrement, mais l'on a pu ouvrir la plaie opératoire qui s'était réunie par première intention, sauf à l'endroit du drain où persiste une fistule, agrandir l'incision et enlever la partie de la moëlle la plus intéressante (portion comprise entre la deuxième dorsale et le trou occipital). Le projectile a passé entre les lames gauches des quatrièmes et cinquièmes vertèbres cervicales, frôlant et écornant les bords correspondants de ces lames, puis, après avoir perforé la dure mère qui présente un orifice à bords contus déchiquetés de 12 mm., agrandi en bas par l'incision de l'intervention, il a continué son trajet à travers le corps de la quatrième vertèbre cervicale, et traversant le pharynx est allé se loger dans la base de la langue, d'où on l'a extirpé.

On incise la dure mère sur sa face postérieure. On n'y trouve pas de caillots. La moelle présente au niveau de la quatrième cervicale (cinquième segment médullaire) un petit renflement fusiforme, mollasse, mais sa périphérie n'est nullement lésée, pas la moindre égratignure, pas la moindre trace d'épanchement sanguin entre la substance blanche et la pie mère. La balle a coupé la plupart des filets nerveux constituant la cinquième racine gauche : seuls les trois filets supérieurs de cette racine ont été respectés. Après avoir durci la pièce dans une solution de formol à 10 pour 100 pendant deux heures, on pratique des coupes distantes de 1 centimètre et l'on constate :

Sur la première coupe, au milieu du renflement (partie médiane du cinquième segment) une cavité à bords déchiquetés remplie par un caillot sanguin de la grosseur d'une petite lentille occupant la place de la corne postérieure gauche du processus réticulaire et de la partie postérieure du cordon latéral : le sang a fusé à travers la commissure grise postérieure vers le canal épeudymaire. Celui-ci est entouré d'une zone noire, on voit du sang caillé dans sa lumière. Même zone noire dans la partie correspondante à la colonne de Clarke, dans la corne postérieure droite. La partie antérieure du cordon latéral est striée d'infiltrations noires séparant des faisceaux blancs, très irréguliers dans leur direction. L'un d'eux gagne la corne antérieure gauche et s'étend dans la partie correspondante aux noyaux gris antérieurs.

La corne antérieure droite paraît saine.

Sur les coupes immédiatement supérieure et inférieure, on remarque que l'infiltration occupe encore la corne postérieure gauche dans sa région moyenne et borde son côté externe sous forme de croissant, et aussi le pourtour et l'intérieur du canal épendymaire, et la partie postérieure latérale de la corne antérieure gauche : çà et là, disséminé dans toute la partie gauche de la moelle, un piqueté hémorrhagique impossible à décrire.

Sur les autres coupes, la zone d'infiltration a de plus en plus tendance à se limiter sur le côté externe de la corne postérieure. Cet infiltrat remonte en haut à quatre centimètres du point principal, point correspondant à l'émergence de la seconde paire des racines cervicales.

En bas il descend très bas, on le retrouve au point où la coupe a été faite (2e segment dorsal) sous forme d'un petit croissant sur le côté externe de la corne postérieure gauche et d'un très fin piqueté, occupant la colonne de Clarke. Le canal épendymaire et la substance qui l'entoure paraissent indemnes de toute lésion.

L'examen macroscopique nous révèle donc qu'il s'est produit une hématomyélie type ; telle qu'elle est décrite dans les cas d'élongation et flexion forcées ou de décompressions brusques par Goldscheider et Flatau (*in Zeistchrift f. klinische Medicin, XXXI*) et J. Lépine (Thèse de Lyon, 1896). Le foyer hémorragique s'est produit dans la corne postérieure gauche, la détruisant presque complètement, envahissant le canal épendymaire, fusant également dans le cordon latéral qu'il dilacère et gagnant même, ce qui est tout à fait exceptionnel d'après ces auteurs, la corne antérieure. De là l'hémorragie s'épancha en haut et en bas suivant les faisceaux de fibres, et les travées névrogliques comme le font expérimentalement les injections poussées dans la substance médullaire (J. Lépine, Leyden, Minor, Congrès de Moscou, 1897) et déterminant de graves désordres anatomiques.

Comment peut-on expliquer la production de cette hématomyélie ? On se souvient qu'il n'y avait aucune esquille, aucune compression capable de léser la moelle.

Faut-il invoquer une simple commotion médullaire ? Certes la balle passant si près de l'axe médullaire a dû le rejeter brusquement de côté, et lui donner une formidable chiquenaude d'autant plus que la moelle est particulièrement mobile en cet endroit qui, suivant les remarques de Thornburn (Cases of ingury to the cervical region of the spinal cord, in Brain 1887) et J. Lépine, est le siège de prédilection des hématomyélies traumatiques.

Mais ne peut-on également invoquer comme cause la brusque décompression qu'a dû subir le sang des vaisseaux de la substance grise, sitôt le passage excessivement rapide du projectile, et le mécanisme de l'hémorragie médullaire décrit par P. Bert (De la pression atmosphérique).

On a vu que la corne antérieure était macroscopiquement indemne de lésion. Le brusque rejet de la moelle contre la paroi droite du canal vertébral peut sans doute entrer en ligne de compte pour expliquer la paralysie du membre supérieur droit, par élongation, traumatisme des racines médullaires de ce côté, à moins que des lésions des noyaux antérieurs droits ne soient trouvées au microscope. Cet examen n'a point encore été fait, mais en déterminant

exactement les limites de l'infiltration sanguine, il pourra donner l'explication de ce symptôme clinique que l'on ne peut mettre à présent que sur le compte d'une hypothèse, ou de phénomènes réflexes d'inhibition.

Cette observation nous a paru intéressante à citer, à cause de la rareté de l'accident qui, par la netteté des lésions produites, peut avoir la valeur d'un fait expérimental, puis à cause des troubles cliniques singuliers qu'elle nous révèle : myosis double, dissociation du pouls et de la température, paralysie du membre opposé au côté lésé, dissociation syringomyélique dans toute une moitié du corps.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par **arrêté ministériel** du 6 février 1905, M. Ricquiet, aide-préparateur de parasitologie, est délégué jusqu'à la fin de l'année scolaire 1904-1905, dans les fonctions de chef des travaux de chimie organique à la Faculté de médecine de Lille, en remplacement de M. Donzé, démissionnaire.

— Par **arrêté rectoral** du 14 février 1905, M. Achille Descamps, étudiant en pharmacie, est nommé aide-préparateur de parasitologie à la Faculté, en remplacement de M. Ricquiet, appelé à d'autres fonctions.

— Le docteur Paul Mantel, de Saint-Omer, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, nommé récemment membre correspondant national de la Société médicale des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé membre correspondant de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de Pédiâtrie de Paris. Nous adressons nos sincères félicitations à notre distingué confrère qui trouve, dans la flatteuse distinction dont il vient d'être l'objet de la part de ces deux importantes Sociétés savantes, la juste récompense de ses travaux de recherches et de ses intéressantes publications.

— Des **lettres d'éloges officiels** pour soins gratuits donnés pendant dix années au moins aux militaires de la gendarmerie ont été délivrées à MM. les docteurs Couvreur, de Seclin ; Pascalin, de Saint-Pol-sur-Mer ; Gallo, de Festubert ; Verdière, de Bertincourt ; Mariage, de Bully-Grenay ; Thelliez, d'Hénin-Liétard ; Dubiquet, d'Auby ; Delguey, de Guiscard ; Levêque, de Montdidier ; Daire, de Saint-Sauflieu ; Menu, d'Hirson.

— Ont été promus au grade de médecin aide-major de 1re classe pour prendre rang au 1er février 1905 et maintenus à leurs postes actuels les **médecins militaires** de la région du Nord dont les noms suivent : MM. les docteurs Dupont, du 15e d'artillerie, à Douai ; Vermullen, du 4e cuirassiers, à Cambrai ; Capon, du 1er d'infanterie, à Cambrai ; Heuls, du 91e d'infanterie, à Mézières ; Gallouin, du 127e d'infanterie, à Valenciennes ; Lemery, du 147e d'infanterie, à Rocroy ; Marvy, du 150e d'infanterie, à Mézières ; Durand, du 84e d'infanterie, à Avesnes.

— Le mouvement (nominations et promotions) dans les **asiles d'aliénés** paru en janvier 1905, intéresse les asiles de la région. Par arrêté ministériel, M. le docteur Tissot, tout récemment nommé médecin adjoint à l'asile de Bailleul, est transféré à Dury-lez-Amiens. M. le docteur Privat de Fortunié est promu à Bailleul, en remplacement de M. le docteur Tissot. M. le docteur Beccue, 2e médecin adjoint à l'asile de Bailleul, est nommé médecin adjoint à Lesvellec (Morbihan).

Soutenance de Thèse

M. H.-L.-J.-R. Scoumaque, d'Acquin (Pas-de-Calais), a soutenu, avec succès, le mercredi 8 février, sa thèse de doctorat (n° 18), intitulée : **De la kératite à hypopyon, son traitement par les attouchements à la teinture d'iode.**

Notre Carnet

Notre excellent collaborateur, M. Camille Guérin, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, nous fait part de la naissance de sa fille Germaine. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour le rétablissement de Madame Guérin et pour la santé de l'enfant.

— M. le professeur Curtis nous fait part de la naissance de son fils André. La Rédaction de l'*Echo Médical du Nord* adresse à son excellent collègue ses meilleurs souhaits pour le prompt rétablissement de Madame Curtis et la santé de l'enfant.

— M. le docteur P. Descamps-Tahon, de Wambrechies, nous fait part de la naissance de sa fille Marguerite. Nous adressons à notre confrère nos meilleurs vœux pour la mère et l'enfant.

N° 424. Neuvième Annee. N° 9 Le Numéro : 10 centimes 26 Février 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT
5 fr. par an.
Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la ponction exploratrice du foie

par le docteur **O. Lambret**, professeur agrégé, chargé du cours de médecine opératoire

Il y a plusieurs années, une observation malheureuse que me rapportait un de mes confrères m'avait beaucoup frappé. Celui-ci avait été appelé pour un cas d'affection du foie dont le diagnostic était difficile et comme il y avait augmentation de volume de l'organe, une ponction exploratrice fut décidée. Un trocart de l'appareil POTAIN fut donc enfoncé dans le foie, aucun liquide ne fit son apparition dans le flacon où on avait fait préalablement le vide, mais, à la grande stupéfaction des assistants, subitement le malade mourut.

Je suis convaincu que dans cette circonstance, il n'y a pas eu de faute opératoire, je connais la scrupuleuse méthode de mon confrère et je me porte garant que les différentes pièces de l'appareil POTAIN avaient été agencées comme il convenait. Au reste, l'autopsie n'a pas été pratiquée ; il serait donc téméraire d'attribuer d'une façon ferme la mort à une raison plutôt qu'à une autre : les causes de mort subites sont trop nombreuses.

Ceci posé, et le fait que je viens de citer étant mis en dehors de ce qui va suivre, je rappellerai qu'une des fautes souvent commises dans le maniement du POTAIN consiste à se tromper de tubulure et à refouler de l'air au lieu de faire de l'aspiration. C'est une faute contre laquelle les traités de petite chirurgie ne manquent pas de nous mettre en garde, mais dans laquelle les gens distraits tombent d'autant plus facilement que les tubulures sont très mal placées et pour ainsi dire à contre-sens dans la pompe aspirante et foulante. En effet, c'est la tubulure destinée au refoulement de l'air qui est située à l'extrémité et dans la continuité du corps de la pompe, tandis que celle qui sert à faire l'aspiration est perpendiculaire à ce même corps ; logiquement il semble que ce devrait être le contraire. C'est là une disposition qui explique la possibilité de l'erreur et l'atténue dans une certaine mesure. Cette erreur en elle-même est d'ailleurs bien connue et je me souviens, alors que j'étais externe dans son service, que mon maître WANNEBROUCQ fit une clinique à propos d'un cas de pleurésie qui avait été l'occasion d'un accident de ce genre ; l'interne, au lieu de faire l'aspiration du liquide pleurétique, avait commencé par introduire une certaine quantité d'air dans la plèvre.

Cela n'eut pas d'autres conséquences pour le malade, le plus atteint dans l'espèce fut l'interne, auquel Wannebroucq décocha quelques-uns de ces traits bien sentis dont il avait le secret.

Les suites d'une telle méprise n'ont en effet et heureusement aucun caractère de gravité dans la plupart des cas ; on s'en aperçoit d'ailleurs presque toujours rapidement et l'air ne pénètre qu'en petite quantité dans l'organe ponctionné: articulation, plèvre, abdomen, etc. Au reste, dans le péritoine et les articulations la présence de l'air n'offre pas d'inconvénients et ce n'est que dans certaines circonstances qu'elle peut en acquérir dans la cavité pleurale. Il n'en est plus de même dans le foie qui est un organe plein, renfermant de nombreuses veines dont quelques-unes de gros calibre. Là, si par malheur la canule vient à se loger dans une veine, l'air injecté fera irruption dans le courant circulatoire et amènera la mort par pénétration de l'air dans les veines suivant un mécanisme analogue à celui qui la produit dans les plaies des veines du cou. Il y a d'ailleurs analogie anatomique entre les veines sushépatiques et les veines du cou. Les veines sushepatiques adhèrent à la substance du foie par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire tres fin et très serré, et elles restent béantes à la coupe tout comme celles du cou qui sont maintenues telles par les aponevroses qui les entourent. Il ne faut cependant pas pousser les choses à l'extrême et ce caractère, dans le cas que nous envisageons, est loin d'avoir la même importance puisqu'il ne s'agit pas d'une section veineuse faite à l'air libre en plein tissu hepatique ; le fait doit néanmoins être retenu comme susceptible de favoriser, dans une large mesure, la migration de l'air dans le vaisseau.

Partant de cette idee, j'ai fait avec mon ami Lootex, prosecteur à la faculte, deux experiences sur le chien. Dans la première, j'ai insinué une canule dans une veine sushepatique immediatement à sa sortie du foie : une seringue contenant un quart de litre d'air adaptée à cette canule fut injectee dans la veine : l'animal fit de grandes inspirations et mourut en quelques secondes. Nous examinâmes son cœur, ses cavités droites etaient distendues par l'air et contenaient du sang spumeux.

Sur un second chien, je fis une incision dans le tissu hepatique et sur la tranche de section, je choisis une veine sushepatique de petit calibre, j'y insinuai une fine aiguille creuse a laquelle fut adaptee la précédente seringue ; la moitié du contenu de la seringue, c'est-à-dire à un huitième de litre d'air était à peine injectée que le chien était mort, après avoir fait comme son congénère de la première expérience, quelques grandes inspirations ; le cœur était rempli de sang mélangé d'air.

Cette seconde expérience est beaucoup plus frappante que la première ; de grosses veines sushépatiques courent à travers le foie, un trocart peut très facilement pénétrer dans leur cavité et y rester. En outre, il faut envisager ce fait que la substance des foies pathologiques est anormalement friable, c'est pour cette raison que le foie et la rate atteints par le paludisme sont plus exposés aux ruptures traumatiques : il est donc légitime d'émettre l'hypothèse qu'une injection d'air faite en plein tissu hépatique malade peut y produire un foyer de désagrégation susceptible de communiquer avec une veine sushépatique : par le canal de cette veine l'air injecté dans ces conditions penètrerait aussi facilement dans la circulation que si le trocart était engagé dans le vaisseau lui-même.

Il est inutile je pense, d'insister davantage sur ces expériences et les conclusions qu'il convient d'en tirer. Il est entendu qu'en aucune circonstance nous ne devons nous permettre la moindre distraction quand nous employons l'appareil Potain ; toutefois, redoublons d'attention s'il s'agit du foie.

Sur un cas de mort par asphyxie, avec persistance de l'oxyde de carbone dans le sang, deux mois et demi après le décès,

par le docteur **Deléarde**, agrégé, medecin expert des tribunaux.

La pratique de la médecine des accidents du travail soulève parfois des problèmes complexes qui nécessitent de la part du médecin expert des recherches assez delicates. Je citerai comme exemple le cas suivant qui présente un double interêt, d'abord le genre de mort de la victime, ensuite la persistance dans le sang, longtemps après le décès, deux mois et demi, de la substance toxique, l'oxyde de carbone.

Voici l'exposé des faits :

Le 30 aout 1904, on trouva au fond d'une fosse d'une Compagnie de mines du Nord, le cadavre d'un ouvrier mineur. Les circonstances du décès le firent attribuer à une cause naturelle, hémorrhagie cérebrale, par deux medecins. La mort avait été très rapide, car de l'enquête qui fut ouverte immédiatement, il resulta que la victime etait restee seule pendant une durée maxima de vingt minutes. Le

compagnon qui travaillait avec le sieur X... l'avait, en effet, quitté quelques instants auparavant, le laissant en parfaite santé. Bientôt la rumeur publique s'empara de cette mort qui parut étrange. On parla d'intoxication suraiguë par des gaz délétères, provenant d'un coup de mine. Sur une demande d'enquête réclamée auprès du Procureur de la République par la veuve de la victime, le juge de paix fit procéder à l'autopsie de X..., un mois après le décès, à l'effet de rechercher les causes de la mort, de voir si elle devait être attribuée à une lésion corporelle ou à une intoxication par l'oxyde de carbone. L'autopsie fut pratiquée par le docteur PAQUET, de Douai, au début d'octobre. Ce confrère releva sur le cadavre tous les signes d'une intoxication par l'oxyde de carbone; l'examen spectroscopique et chimique du sang, fait avec la collaboration du professeur CASTIAUX, décela, en effet, d'une façon indubitable, la présence de ce gaz.

Devant ce résultat, la Compagnie des mines ne pouvant trouver, par l'audition des témoins et des nombreux ouvriers travaillant dans le voisinage de l'endroit de la mort, l'origine du dégagement d'oxyde de carbone, aucun coup de grisou, ni coup de mine avoués, ayant été entendus, ni tirés, et devant la persistance des médecins ayant constaté ce décès à l'attribuer à une cause naturelle, mit en doute les résultats de l'expertise et réclama une contre-expertise. Le professeur LESCŒUR et moi fûmes nommés à cet effet avec mission de contrôler les résultats obtenus après la première autopsie et de rechercher de nouveau les causes de la mort. Nous procédâmes le 18 décembre, soit deux mois et demi après la mort, à une nouvelle autopsie.

Le cadavre, qui avait été enterré dans un cimetière où la terre, composée d'humus très humide, possédait toutes les conditions requises pour activer la putréfaction, fut en effet trouvé dans un état de pourriture assez avancée. Le couvercle du cercueil était en partie défoncée, les planches de la bière étaient disjointes. La tête et la face du cadavre étaient méconnaissables; la peau du corps et le tissu sous-jacent sur une épaisseur de cinq centimètres avaient subi la transformation en gras de cadavre, les doigts s'y enfonçaient très facilement, les poumons détachés de la cavité thoracique à la première autopsie se présentaient sous l'aspect d'un magma informe et ramolli; dans la cavité abdominale, les intestins offraient une masse grisâtre, le foie était déliquescent sur une épaisseur de plusieurs centimètres à sa surface, le centre de l'organe avait toutefois conservé son aspect rougeâtre; l'estomac, la vessie ayant déjà été ouverts on n'en retrouva que les parois fortement transformées. Il ne fallait guère songer à relever des traces de lésions organiques, ni à prélever du sang dans le cœur et dans les gros vaisseaux qui étaient complètement vides, du reste le cœur avait été largement disséqué et enlevé du thorax. Nous pûmes cependant recueillir dans la concavité du thorax, de chaque côté de la colonne vertébrale, à la place occupée normalement par les poumons, une certaine quantité, 300 centimètres cubes environ, d'une sérosité rougeâtre. Malgré la forte odeur d'ammoniaque qui se dégageait de tout ce cadavre, notre attention fut attirée par la coloration rouge cerise que présentaient les masses musculaires, aux cuisses, aux jambes, dans les parties profondes non encore atteintes par les progrès de la putréfaction. Les cartilages du larynx, eux aussi, montraient à la coupe une teinte d'un rouge vif.

Ces constatations paraissaient donc devoir confirmer au premier abord l'intoxication par l'oxyde de carbone.

Quelques jours après, la sérosité recueillie fut examinée au spectroscope. Après filtration, le liquide obtenu, débarrassé d'une partie des impuretés qui le souillaient, était d'un rouge carmin foncé.

Une petite quantité, étendue d'eau distillée, fut placée devant la fente du spectroscope éclairée par un bec papillon et nous constatâmes à leur lieu d'élection, au niveau de l'union du vert et du jaune, et dans le vert, les deux bandes classiques de l'hémoglobine. Après avoir ajouté une assez forte quantité de sulfhydrate d'ammoniaque les deux bandes restèrent parfaitement distinctes, et malgré l'agitation à l'air, elles persistèrent pendant plusieurs jours sans aucune tendance à disparaître en se fusionnant.

La contre-épreuve faite avec du sang de lapin défibriné agité dans un flacon renfermant de l'oxyde de carbone amena les mêmes constatations. Au contraire avec du sang normal les deux bandes se réunissaient en une seule après adjonction de sulfhydrate d'ammoniaque. La valeur de la réaction spectroscopique, universellement admise, permit donc d'affirmer la présence de l'oxyde de carbone dans le sang du cadavre et par conséquent d'attribuer la mort à l'intoxication par ce gaz.

Du reste pour donner encore plus de poids à ces constatations nous ne nous bornâmes point à cette réaction. Le professeur LESCŒUR, au moyen de la pompe à mercure, isola l'oxyde de carbone dont le volume fut évalué à 0 cc. 4 dans l'échantillon qu'il avait soumis à l'analyse.

De tout ce qui précède il résulte donc la mort par intoxication oxycarbonée d'un ouvrier mineur, et la persistance de CO dans le sang, près de deux mois et demi après le décès, alors que la putréfaction du cadavre était déjà assez fortement avancée.

Examinons le premier point — l'explication du décès de la victime. Il y a deux circonstances dans lesquelles CO se dégage dans une mine à une dose suffisante pour provoquer sinon la mort du moins des accidents graves chez les mineurs. C'est le coup de grisou et l'usage de la dynamite pour faire sauter des quartiers de roc ou dégager du charbon. Dans ces deux cas la flamme produite au moment de l'explosion brûle les particules de charbon en suspension dans l'atmosphère d'une fosse et, suivant que la combustion est plus ou moins complète, il se dégage de l'acide carbonique ou de l'oxyde de carbone.

Comme il suffit d'une petite quantité d'oyde de carbone, soit 1 pour 1.000, pour provoquer des accidents on s'explique facilement la possibilité des cas de mort que l'on constate de temps à autre chez les mineurs. Dans l'observation citée plus haut il ne peut être question de grisou puisque les ouvriers travaillent avec une lampe à feu nu et que jamais la présence de ce gaz n'a été constatée dans la fosse. Il s'agit simplement d'un coup de mine employé par la victime pour faciliter ou activer son travail ; une enquête à laquelle nous nous sommes livrés démontre en effet l'emploi inavoué de la dynamite, malgré la défense, et la non observation des précautions imposées en pareil cas. Il a suffi d'un aérage de la galerie insuffisant pour entraîner les produits de combustion, CO^2 et surtout CO, c'est ce dernier qui a provoqué le décès de l'ouvrier imprudent.

Le deuxième point : présence de CO dans la sérosité sanguinolente, deux mois et demi après le décès, offre un intérêt tout particulier dans le cas actuel, une autopsie ayant été déjà pratiquée un mois avant la seconde, et le cadavre présentant un état de putréfaction assez avancée.

Il est de notion courante que le sang oxycarboné prélevé sur un cadavre frais ou obtenu artificiellement et conservé dans des flacons bien bouchés, conserve pendant plusieurs années les caractères qui lui sont propres et que le spectroscope, ainsi que certaines réactions chimiques, mettent en évidence. Mais sur le cadavre soumis dans le sol d'un cimetière à toutes les causes de destruction, l'hémoglobine oxycarbonique disparaît plus rapidement. Dans son livre sur les asphyxies, le professeur Brouardel rappelle la lenteur de la putréfaction des cadavres des personnes intoxiquées par CO, et cite un cas où ce gaz fut constaté dans le sang d'un homme que l'on croyait disparu et qui s'était suicidé dans sa chambre, où le cadavre fut retrouvé six semaines après la mort.

Lewin, traduction Pouchet, dit qu'on peut retrouver CO dans le sang cadavérique, même si la putréfaction est bien avancée, mais ne cite aucune observation à l'appui de sa thèse.

Notre observation méritait donc d'être rapportée à cause de la rareté du fait, avec ce détail intéressant, que CO a été retrouvé deux mois et demi après la mort, sur un cadavre déjà bien abîmé par une première autopsie et par un séjour assez prolongé dans le sol. Le liquide avec lequel nous avons poursuivi nos recherches n'était plus à proprement parler du sang mais plutôt une sérosité sanguinolente provenant du suintement des poumons à moitié pourris.

C'est une preuve venant s'ajouter à beaucoup d'autres de l'affinité spéciale de l'oxyde de carbone pour l'hémoglobine et de la résistance de la combinaison de ces deux corps.

L'intoxication suraiguë à laquelle a succombé le sieur X..., doit être considérée comme un véritable accident survenu pendant et à l'occasion du travail et par suite les héritiers directs de la victime, sa veuve et son enfant, se trouvent dans les conditions requises pour profiter des avantages que leur confère la loi du 9 avril 1898.

Clinique médicale de la Charité

M. le professeur Combemale

Deux cas de pseudo-rhumatisme au cours de la fièvre typhoïde

par MM. les docteurs

M. Breton, chef de clinique médicale et P. Vansteenberghe, chef des travaux bactériologiques

Presque toutes les maladies infectieuses comptent l'arthrite au nombre de leurs complications : la fièvre typhoïde n'échappe pas à cette règle, bien que les localisations articulaires soient rares au cours de la dothiénentérie. Les traités généraux ne consacrent, en effet, que quelques lignes à l'étude de cette complication bien connue depuis l'observation de Bouillaud, le mémoire de Keen, les thèses de Bonnet, Bazin, Bourcy, Fouques et de Lapersonne.

Généralement, on distingue deux types d'infection articulaire : l'une est séreuse, l'autre est purulente. On a discuté longtemps sur l'origine de ces formes et l'on admettait avec Robin, que, dans certains cas, il s'agissait de rhumatisme aigu associé à la fièvre typhoïde, dans d'autres, de rhumatisme à forme grave, parfois enfin d'infections secondaires. Les recherches bactériologiques étaient alors nulles ou négatives (Danlos et Strauss) ; ce n'est même qu'en 1886 que Frænkel devait observer le premier cas de suppuration à bacille d'Eberth (abcès péritonéal).

Il était évident que cette constatation présageait de la spécificité des arthrites purulentes typhiques. En 1892, Veillon, dans le service de Grancher, chez un malade atteint de synovite suppurée, trouva le bacille typhique à l'état de pureté. Smirnow, Delanglade et

CHIBRET, cités par FLORANGE, auraient fait pareille constatation. L'étiologie des arthrites purulentes survenues au cours de la fièvre typhoïde était donc élucidée, mais il n'en était pas encore de même des arthrites séreuses.

Depuis 1895, on eut plusieurs fois l'occasion de constater la présence de bacilles typhiques dans des épanchements séreux (pleurésies, méningites, péricardites, etc.), mais ce n'est qu'en 1904, que MOUTARD-MARTIN et MALLOIZEL publièrent le premier examen bactériologique positif, dans un cas de pseudo-rhumatisme éberthien. C'est donc la rareté des constatations bactériologiques au cours de faits cliniques semblables, qui nous a engagés à relater deux observations recueillies dans le service de M. le professeur COMBEMALE. Dans l'un des cas, le malade a succombé, et dans le liquide articulaire, nous avons pu mettre en évidence le bacille d'EBERTH, et en reconnaître tous les caractères d'authenticité. Voici brièvement rapportées les observations de ces malades :

OBSERVATION I. — St... Edouard, 17 ans, manœuvre de maçon, entre à l'hôpital le 5 décembre 1904. Il est atteint depuis huit jours, d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité : Epistaxis, céphalalgie, diarrhée, langue saburrale, taches rosées, etc. Séro-diagnostic positif. Température oscillant entre 38,5 et 40,2. Le 11 au matin, la défervescence commence; la chute de la température est en lysis. Le 13, douleurs dans les petites articulations des doigts de pied, à droite surtout. Gonflement sans rougeur ; impossibilité des mouvements. Cette manifestation articulaire est apyrétique. Le dégonflement s'opère lentement en même temps que disparaissent les douleurs. Le 19, les membres ont récupéré leurs mouvements. La manifestation arthralgique s'est accompagnée d'une albuminurie légère.

Le 21, le malade est en voie de guérison.

OBSERVATION II. — H... Maurice, 38 ans, entre le 5 décembre à l'Hôpital de la Charité. Ce malade est atteint, depuis huit jours, d'une fièvre typhoïde grave. Symptômes classiques de la maladie : fièvre, léger délire, prostration, bronchite, diarrhée fétide, taches rosées, séro-diagnostic positif au 50me. Six jours après son entrée, la température s'élève légèrement et le malade se plaint vivement de son poignet droit. L'article est enflé ; les mouvements spontanés et provoqués sont très pénibles. La peau n'est pas rouge, et les gaînes tendineuses semblent respectées. Ce gonflement dure trois jours, puis disparaît peu à peu, sans que les mouvements articulaires en deviennent pour cela possibles. La dothiénentérie continue cependant à évoluer en augmentant de gravité. Le 20 décembre, on remarque que le sujet incline la tête à droite, le sterno-cléido-mastoïdien est contracturé. Toute la région du cou est empâtée et douloureuse. La température, qui oscillait entre 38 et 39°, atteint à ce moment 40° et le malade présente un délire violent. Il succombe le 21, après douze heures de coma. A l'autopsie lésions ordinaires de la fièvre typhoïde. On ouvre l'articulation du poignet droit. (On a préalablement prélevé, aseptiquement, un peu de liquide que l'on ensemence de suite). On remarque que la synoviale est rouge, congestionnée, et qu'un dépôt fibrineux, semblable à une fausse membrane, la tapisse sans y adhérer. Les cartilages ne sont pas érodés et les extrémités osseuses sont intactes. Pas de traces de périostite, ni de synovite de voisinage.

L'articulation de la troisième vertèbre cervicale présente des lésions identiques. Les cultures faites avec le liquide poussent très grêles d'abord, et seulement en bouillon. Le deuxième ensemencement est beaucoup plus fertile et montre un bacille très mobile, ne prenant pas le Gram, ayant morphologiquement l'aspect du bacille d'EBERTH. Ce bacille ne donne pas de cultures apparentes sur pomme de terre, il pousse sur gélatine sans la liquéfier, dans le lait sans le coaguler, dans le bouillon en donnant les ondes moirées caractéristiques.

Il ne produit pas trace d'indol, dans les cultures, et se montre très nettement agglutiné au 1/10.000e par un sérum antityphique authentique, et au 1/100e par le sang d'un malade atteint de fièvre typhoïde classique. Il s'agit donc bien d'un bacille d'EBERTH, typique.

« L'étude de ces manifestations articulaires post-typhiques a jusqu'ici été négligée tant au point de vue clinique que pathogénique » (FLORANGE). Les observations cliniques sont peu nombreuses et presque toutes ont trait à des arthrites purulentes. Il semble qu'entre celles-ci et les arthrites séreuses, on n'ait pas établi de distinction suffisamment nette. On a confondu leur symptomatologie, et les rares examens bactériologiques publiés ont donné des résultats contradictoires. Il nous a paru intéressant, en nous appuyant à la fois sur les deux observations précédentes et sur les faits cliniques qu'ont signalés les auteurs, d'insister sur les caractères différentiels de ces deux ordres de manifestations.

L'arthrite séreuse est d'apparition précoce. C'est un pseudo-rhumatisme, atteignant surtout les petites articulations, évoluant avec rapidité, et ayant une tendance spontanée à la guérison. Le liquide épanché est séro-fibrineux, peut renfermer du bacille d'EBERTH (2 observations), ou se montrer stérile. Dans ce dernier cas, il est probable que le bacille a été phagocyté, ou que ses toxines seules ont agi. Les épiphyses ne sont pas atteintes, et la synoviale n'est jamais le siège de lésions anatomiques prononcées. Retenons que ces arthrites primitivement séreuses peuvent suppurer

secondairement. Par cela même, tous les caractères en sont profondément modifiés et l'arthrite purulente est constituée.

Cette dernière est d'apparition tardive ; on la rencontre chez des typhiques au cours de la convalescence. Elle se localise de préférence aux grosses articulations, telles que la hanche et le genou. Elle donne lieu à des lésions articulaires profondes qui consistent en dénudations de l'article, en ostéopériostites et en synovites de voisinage. Elle aboutit soit à des suppurations externes, soit à l'ankylose ou à la luxation. Dans ces formes, on a trouvé, rarement encore, du bacille typhique pur ou associé. Ajoutons que la polyarthrite suppurée, signalée par les anciens auteurs, est une pyohémie grave, résultant d'infections secondaires, et se manifestant chez des malades qui ont présenté des escarres ou des suppurations étendues. Cette polyarthrite est étrangère à la dothiénentérie. Elle est causée par des microbes vulgaires et se rencontre également dans une foule d'autres états infectieux.

Il y a donc une véritable démarcation à établir entre les deux formes cliniques séreuse, et purulente. Les cas publiés sont encore trop peu nombreux pour qu'une étude d'ensemble, complète, puisse être faite avec avantage. Nous espérons que les expériences que nous avons en cours, nous permettront d'établir le mode d'action du bacille d'Eberth dans la production des arthropathies, de préciser les conditions d'apparition, et les lésions anatomiques de cette complication peu fréquente.

Voici la liste des auteurs qui ont publié des observations d'arthrite typhique :

1835. BAZIN. — Thèse Paris.

1853. BARTH. — *Bull. Soc. Anatomique.*

1857. BOUILLAUD. — Traité du rhumatisme.

1861. CAPELLE. — *Journ. de méd. et de chir.* Bruxelles.

1877. KEEN. — Lectures Smith institution, avril.

1878. BONNET. — Thèse Paris.

1881. ROBIN. — *Gaz. méd. Paris.*

1883. BAZIN. — Thèse Paris, n° 336.

1883. BOURCY. — Des pseudo-rhumatismes infectieux. Thèse Paris.

1883. BRUT. — Thèse Paris.

1883. HENRY. — Articular rheumatisme complicating typhoid fever. *Policlinic.* Philadelphie.

1885. COURCENET. — Complications de la fièvre typhoïde. Thèse Paris.

1885. FORGUES. — Des manifestations articulaires de la fièvre typhoïde. Thèse Paris, n° 375.

1886. DE LAPERSONNE. — Des arthrites infectieuses non tuberculeuses. Thèse d'agrégation, Paris.

1887. DANLOS et STRAUSS. — *Soc. méd. des Hôpitaux.*

1888. MARFAN. — *Gaz. des Hôpitaux.*

1890. ROSSIÈRES. — Contribution à l'étude des manifestations osseuses de la fièvre typhoïde. Thèse Paris, n° 293.

1890. COLLI. — *Lo Sperimentale.*

1890. MICHON. — Thèse Lyon. Contribution à l'étude des suppurations de la fièvre typhoïde, n° 535.

1890. ORLOW. — *Wratsch*, n° 4, 5 et 6.

1891. HENRY. — *Med. News.* Philadelphie.

1892. GRANCHER. — *Bull. méd. Paris*, p. 1271. Quelques complications de la fièvre typhoïde.

1893. VINCENT. — *Trib. méd.*, pp. 86-91.

1894. BECK. — Suppurative arthritis caused by the typhoid bacillus. Montréal.

1894. FERNET. — Manifestations locales de la fièvre typhoïde. *Soc. méd. des Hôpitaux.*

1894. POTIER. — Complications pseudo-rhumatismales de la fièvre typhoïde. *Revue des mal. de l'enfance.*

1894. ROBIN et LEREDDE. — *Arch. générales de médecine.* Les arthropathies et l'état typhoïde.

1895. DE GRANDMAISON. — *Médecine moderne*, p. 707.

1895. MAUCLAIRE. — *Archives générales de médecine.*

1900. RUAIS. — Complications osseuses de la fièvre typhoïde. Thèse Paris.

1901. BARJON et LESIEUR. — *Journ. de physiol. et de pathol. générale*, p. 150.

1901. LACROIX. — Thèse Paris.

1902. FLORANGE. — Des manifestations osseuses et articulaires de la fièvre typhoïde chez l'enfant, thèse Paris, n° 323.

1902. KIENER. — Suppurations latentes de la fièvre typhoïde. Thèse Paris, n° 61.

1902. LEPETIT. — Tarsalgie des adolescents consécutive à la fièvre typhoïde. *Centre méd. et pharm.* VIII, 193-5.

1902. MÉRY. — Complications articulaires de la fièvre typhoïde chez enfants, 5 mars.

1904. BEZANÇON et PHILIBERT. — Formes extra-intestinales de l'infection eberthienne. *Journ. de phys. et path. générale.*

1904. MOUTARD-MARTIN et MALLOIZEL. — Un cas de pseudo-rhumatisme éberthien. *Bull. Soc. med. des Hôpitaux*, mars, n° 274.

Un cas de scorbut ; hémorragies gingivales ; épistaxis ; hémoptysies ; hématuries ; hématémèses ; entérorrhagies ; purpura, etc... Autopsie (1)

par le docteur L. Julien, de Tourcoing.

Voici, accompagnée des pièces anatomiques, une observation fort intéressante sur laquelle j'appelle les réflexions de la *Société centrale de médecine du Nord*. Il ne m'a pas été possible, en effet, de déterminer quels ont pu être les facteurs de l'affection curieuse dont je vais rapporter l'histoire.

Il s'agit d'une sorte de cas de scorbut chez une jeune femme de trente ans.

OBSERVATION. — Comme antécédents héréditaires, il y a simplement à noter que le père est mort tuberculeux. La mère, âgée de soixante et un ans, et ses trois frères, âgés respectivement de trente-six ans, vingt-neuf ans et dix-huit ans, sont bien portants.

Les antécédents personnels sont normaux. La mère affirme que sa fille n'a jamais été malade, du moins qu'elle n'a jamais fait de maladie grave. Elle a eu il y a onze ans un enfant qui mourut, à six ans, de méningite, et il y a quatre ans elle a subi un curettage de l'utérus. J'ai su de plus qu'elle a présenté il y a deux ans, des taches de purpura sur les deux membres inférieurs, mais que ces taches discrètes ont disparu très vite. Je tiens ce renseignement de mon ami le docteur CATTEAU, qui vit la malade à cette époque et lui administra simplement une potion au perchlorure de fer. Cette maladie fut fort bénigne.

Je vis cette femme, pour la première fois, le 15 décembre dernier, et voici quel était alors son état : Assez anémiée,

(1) Communication à la *Société de médecine du Nord*, séance du 13 janvier 1905.

elle présentait de petites taches de purpura, d'un rouge vineux, arrondies, disséminées sur la face, le tronc, les membres supérieurs, sur les membres inférieurs. A côté de ces petites taches purpuriques, il y avait un peu partout, mais beaucoup plus nombreuses sur les cuisses et les jambes, de larges taches ecchymotiques, dont quelques-unes atteignaient les dimensions d'une pièce de cinq francs. Les gencives saignaient abondamment et étaient recouvertes de fongosités. L'haleine exhalait une odeur très fétide, qu'on percevait même au voisinage de la malade. Le début de ces phénomènes remontait à environ trois semaines, et s'étaient installés progressivement, sans fracas.

Dès le lendemain de son entrée à l'hôpital, la malade accusa de vives douleurs d'abord dans le bras droit, puis dans le dos, du même côté, et ensuite dans le bras gauche et les jambes. On ne percevait pas d'hématomes sous-périostés, mais la pression au niveau des humérus était douloureuse, de même le long de la face interne des tibias, où il y avait de l'empâtement. La sensibilité était intacte, sauf au niveau des taches ecchymotiques, où elle était diminuée.

Le deuxième jour de son entrée, elle eut des hématuries abondantes : elle urinait du sang absolument rouge.

Ces hématuries ne cessèrent que pendant un jour ou deux, puis reprirent avec les mêmes caractères pour s'arrêter de nouveau deux jours avant la mort.

Trois jours après l'apparition des hématuries, et pendant une journée seulement, des entérorrhagies se manifestèrent, constituées également par du sang tout à fait rouge.

Dès les premiers jours j'ai noté encore une large suffusion sanguine sur le voile du palais, et une tache sanguine sous-conjonctivale à l'œil gauche.

En même temps que les hématuries, apparurent des hémoptysies. La malade crachait du sang rouge.

Le 29 décembre, elle eut des épistaxis. Enfin, la veille de sa mort elle eut des hématémèses. Elle n'a pas eu de métrorrhagies.

La mort est survenue dans les circonstances suivantes, le 2 janvier 1905, à 9 heures du matin. Le 1er janvier, au matin, la malade se trouvait bien et reçut des visites. Mais dans l'après-midi elle commence à se plaindre de douleurs violentes, suraiguës, dans les bras, mais surtout dans les jambes ; — elle avait des maux de tête, des nausées, — fermait les yeux par intervalles, devenait somnolente. Les gencives étaient noires, et une nouvelle éruption de taches purpuriques était apparue. Très rapidement, en une heure de temps, elle fut sans connaissance. Elle eut, par trois fois, des hématémèses sans s'en apercevoir et elle s'éteignit doucement.

J'ai recherché dans les antécédents de cette femme les causes habituelles de scorbut, je n'en ai trouvé aucune. Exerçant la profession de soigneuse dans une filature, elle vivait de la vie de toutes les ouvrières de fabrique de Tourcoing, qui gagnent des salaires assez satisfaisants. Elle vivait dans une aisance suffisante, et n'habitait pas une maison malsaine. Sa nourriture était ordinaire, viande, légumes, etc... Elle ne mangeait jamais de conserves, ni de viandes fumées. Donc pas d'intoxication élémentaire, ni de mauvaise hygiène, pas trace non plus d'une infection quelconque. J'ai dit qu'elle n'avait jamais été malade.

Depuis quatre ou cinq mois seulement avant le début de sa maladie, elle se plaignait d'être toujours fatiguée, d'avoir mal dans les bras et dans les jambes. Elle ne toussait pas, n'avait pas d'essoufflement ni de palpitations.

Elle a peut-être, au dire de sa mère, « abusé des drogues » en ces derniers temps, mais elle n'a pris, en somme, que des médicaments réputés « fortifiants » et dont abusent tant les assistés des bureaux de bienfaisance : fer, quinquina, etc. Je ne pense pas qu'on puisse mettre en cause une intoxication médicamenteuse.

Autopsie. — Les circonstances ne m'ont permis que de pratiquer une autopsie sommaire. J'ai pu faire cependant les importantes constatations suivantes :

Des taches de purpura étaient disséminées sur le péritoine. La vessie était pleine d'urine sans trace de sang ; mais il y avait également des taches de purpura sur la muqueuse vésicale. Toute la muqueuse de l'estomac était rouge, congestionnée et saignante. Les poumons avaient leurs deux lobes inférieurs congestionnés, tandis que les lobes supérieurs étaient plutôt emphysémateux et scléreux. Le foie était normal.

Je présente à la Société le cœur, les poumons, la rate, un rein, un lambeau de muqueuse vésicale et de muqueuse stomacale.

Un détail de l'autopsie m'a beaucoup frappé : Tandis que l'aspect extérieur de la malade dénotait à peine une femme grassouillette, l'ouverture du thorax et de l'abdomen me fit constater une couche de graisse sous-cutanée considérable de l'épaisseur d'environ trois doigts. C'était une sorte de graisse gluante, collant aux doigts. L'épiploon ressemblait à un énorme amas de graisse recouvrant les intestins. Le mésentère avait le même aspect. Tous les organes étaient entourés d'une atmosphère adipeuse très épaisse. On peut voir que le cœur est tout à fait graisseux. N'y a-t-il pas une rélation quelconque entre cette adipose généralisée et les hémorrhagies signalées ? Ne sont-ce pas, par exemple, deux effets de la même cause indéterminée ?

J'ajoute, que le 24 décembre, j'avais recueilli du sang destiné à être soumis à l'examen microscopique, en même temps que du sang veineux pris à la veine céphalique et qui fut immédiatement ensemencé. Le tout a été confié à mon ami le docteur Breton, de l'Institut Pasteur. Le résultat de son examen a été le suivant. Les cultures ont été négatives, aussi bien en aérobies qu'en anaérobies. L'examen leucocytaire a montré une légère mononucléose sans lymphocytose. Les globules rouges n'étaient pas déformés ; pas de réaction mégaloblastique, nombre des globules normaux.

J'avais soumis la malade au traitement par le jus de citron, jus d'oranges, fruits et légumes verts, etc. Cette thérapeutique avait paru donner pendant un moment un résultat favorable, surtout au point de vue des hémorrhagies gingivales.

Tels sont les faits d'observation que je livre à l'appréciation des membres de la *Société de médecine du Nord*, et que je range au nombre de ces éruptions purpuriques dont la cause est tant discutée, souvent même ignorée.

Simple note sur le clou de Biskra

par **F. Malméjac**, docteur en pharmacie, pharmacien major de 2e classe

---

Durant un séjour de dix-huit mois à Biskra, nous avons eu l'occasion de voir, bien des fois, surtout de septembre 1903 à février 1904, le clou de Biskra et d'examiner ses diverses formes, papuleuse, desquamante, croûteuse, ulcéreuse.

Ces clous, très caractéristiques, durent de trois à six mois. Si l'on parcourt les divers travaux qui ont été faits pour en découvrir l'agent pathogène, par

Duclaux, Poncet, Heydenreich, Auché, Nicolle, l'on remarque que l'on n'est pas encore définivement fixé.

Si l'on prélève, aseptiquement, la sérosité purulente qui s'échappe des clous à forme croûteuse et ulcéreuse et qu'on l'observe après coloration, au microscope, on y voit des microcoques divers et parfois aussi, associés à eux, des bacilles. Il ne faudrait pas trop s'étonner de cette diversité de germes : les clous étant peu ou point soignés ouvrent la porte à de nombreuses infections secondaires

Il est admis, en effet, que le clou de Biskra ne relève d'aucun traitement, qu'on doit le laisser évoluer ; on peut, cependant, en modifier la marche. Dans ce but on a essayé un grand nombre de traitements et nous avons vu employer, sans résultat appréciable, le sublimé à 1 pour mille, l'acide phénique à 1 pour cent, le permanganate de potasse à 1 pour cent, la vaseline iodoformée à 1 pour dix ; c'est alors que nous avons pensé à utiliser simplement l'eau à 60°.

Ayant cru voir dans la sérosité de plusieurs clous de Biskra, le microcoque d'Heydenreich (1), et sachant que ce microcoque est tué par une température de 60°, nous avons pensé que le lavage des clous avec de l'eau à 60° donnerait peut-être un résultat.

Pour comparer ce traitement à ceux employés jusque là, nous l'avons mis en œuvre sur un malade porteur de quatre clous, à forme croûteuse, trois à la jambe et un à la cuisse.

Ce dernier, qui était le plus grand, a été traité comme il va être dit par de l'eau à 60°, le second par le sublimé au 1/1000, le troisième par l'acide phénique au 1/100, le dernier servant de témoin. Vingt jours après, le premier clou avait disparu, les autres ne changeaient pas ; ils ont alors été traités, comme le premier, par l'eau à 60° et leur guérison a été aussi rapide.

Un autre essai a été fait sur un second malade porteur d'un clou largement ulcéré, au pied, et d'un clou à forme croûteuse à la main. Ces deux clous, traités par de l'eau à 60°, ont disparu, le premier en 10 jours, le second en 15 jours.

Devant les résultats ainsi acquis : six clous de Biskra traités, tous avec succès, nous avons cru utile de faire connaître le mode opératoire suivi, afin de voir tenter sur le clou de Biskra et sur ses semblables : les boutons de Gafsa, d'Alep, du Nil, etc., etc., de nouvelles expériences. Nous avons la conviction que si on se conforme scrupuleusement au mode opératoire suivant, on obtiendra d'autres succès :

On porte à l'ébullition pendant quinze minutes de l'eau distillée et on la laisse refroidir jusqu'à 61°. On prélève alors, à l'aide d'une pipette stérile de 30 à 50 centimètres cubes de cette eau, et on lance avec force le jet sur le clou à traiter. On répète plusieurs fois cette opération, en ayant bien soin de n'employer que de l'eau à 60°. Après avoir usé de 150 à 200 centimètres cubes d'eau environ, on recouvre le clou avec une compresse de gaze aseptique sèche, on fixe à l'aide d'une bande. Le pansemement est fait les huit premiers jours, deux fois par jour, ensuite un seul pansement suffit généralement.

Au début, le jet d'eau à 60° est dirigé dans les fentes des croûtes qui recouvrent la plaie et d'où s'échappe une sérosité purulente ; au bout de deux ou trois jours et parfois dès le premier pansement, lorsque le clou est petit, les croûtes tombent et la place apparaît couverte de bourgeons plus ou moins purulents entourant des parties saines. A chaque pansement on lave la plaie jusque dans ses moindres replis de façon à en chasser toute la sérosité, qui du reste ne tarde pas à disparaître.

Il reste bien entendu que nous ne présentons pas ce modeste traitement comme une panacée, il faudrait pour cela de trop nombreuses expériences, mais nous serions heureux de le voir scrupuleusement répété sur les clous semblables à celui de Biskra.

Remarque. — En prélevant avec une pipette de 30 centimètres cubes de l'eau distillée bouillie, lorsqu'elle n'est plus qu'à 61° on obtient généralement dans la pipette et par suite on projette sur la plaie de l'eau à 60°.

(1) Le microscope d'Heydenreich fut découvert en 1888 ; ses caractères sont les suivants : 0 μ 86 à 1 μ 5 de longueur, immobile, aérobie, optimum 30°, cultures tuées par un chauffage de 15 minutes à 60°, odeur colle de menuisier.

Sur un cas de pied tabétique (1)

par M. **Descarpentries**, interne des hôpitaux.

Observation. — D... Charles, de Denain, âgé de vingt-sept ans, est entré, il y a quelques jours, dans le service de M. le professeur Folet, sous le diagnostic de tumeur du pied droit.

Il n'a point d'antécédents héréditaires : son père, sa mère, ses frères et sœurs sont bien portants ; lui-même n'a jamais été malade, sauf une blennorrhagie à 21 ans. A dix-huit ans, il eut un chancre dans le sillon balanopré-

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 25 novembre 1904.

putial. A ses dires, c'était un chancre mou : toutefois l'ulcération de la grandeur d'une pièce de un franc a été unique, a duré quatre semaines environ, mais a laissé une petite cicatrice très visible. Il eut des ganglions qui ne suppurèrent pas. Son médecin lui donna une pommade noire, probablement de l'onguent mercuriel, et des pilules qu'il prit pendant un mois. Depuis lors, il n'a plus rien remarqué : pas de roséole, pas de maux de gorge, ni de maux de tête, pas d'ulcération dans la bouche ni à l'anus, pas de ganglions indurés. Sur les bras et les jambes on remarque des cicatrices rondes blanchâtres que le malade attribue à des coups et à des furoncles. Il est célibataire, sans enfant.

Depuis deux ans le malade ressent dans les jambes de vagues douleurs passant très rapidement, survenant sans cause et surtout le soir, très fréquentes et plus fortes dans la jambe droite où elles ont nettement, d'après ses descriptions, le caractère des douleurs fulgurantes. En janvier dernier, il eut dans cette jambe et dans le pied des soubresauts et des crampes. Quelque temps après, les crampes disparurent complètement, pendant qu'apparaissait un gonflement œdémateux du pied. Il ne se souvient pas y avoir reçu de traumatismes, pourtant fréquents dans le métier de forgeron qu'il exerce. En mars le gonflement a diminué sauf quand le malade restait longtemps debout, mais le pied toujours un peu gros devint douloureux : la douleur l'empêchait de marcher; elle était exaspérée par la pression du doigt et par les mouvements qu'on essayait d'imprimer aux parties, la peau était rosée, rouge, chaude ; si bien que son médecin le déclara atteint de tumeur blanche du cou de pied. Depuis le pied est revenu indolent, mais il reste gros et déformé, et c'est ce qui l'amène à l'hôpital.



Le pied droit présente au niveau de l'extrémité supérieure des métatarsiens un épaississement dans les deux diamètres verticaux et transversaux. A ce niveau le bord interne présente une saillie bien accusée. La voûte plantaire s'est affaissée, le pied est plat. Il est de plus très légèrement raccourcie et mesure de l'extrémité du gros orteil au bord interne du tendon d'Achille 26 cm 5, tandis que le pied gauche en mesure 28. La palpation fait sentir une subluxation des cunéiformes sur le scaphoïde, les premiers dépassant de un centimètre environ le second. Du côté externe le dernier métatarsien surmonte légèrement le cuboïde. A ce niveau il y a de la mobilité anormale : on peut imprimer à cette articulation des mouvements de flexion de latéralité, mouvements qui déterminent de gros craquements mais sont complètement indolores. Le pied présente en outre au niveau du cinquième métatarsien un durillon. Les ongles sont normaux sauf celui du gros orteil qui est dur, desséché et prêt à tomber. On ne remarque pas d'atrophie musculaire.

Le pied gauche est normal, mais il existe au niveau du troisième métatarsien un durillon qui parfois suppure.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis à droite. A gauche on trouve le réflexe achilléen, mais le rotulien manque. Les réflexes plantaires et crémastériens existent encore, quoique très diminués à droite.

Le malade présente des troubles vasomoteurs et sudoraux intéressants. Lorsqu'on met les pieds en position basse, soit en faisant marcher le malade, ou en faisant pendre les jambes sur le bord du lit, le pied droit devient rapidement bleuâtre, les veines se gonflent : bientôt de l'œdème apparaît et le pied se couvre de sueur. Tout rentre dans l'ordre quand le malade se remet au lit.

Les pupilles ne présentent rien de particulier, l'iris réagit à la lumière et à l'accommodation. La vision ne s'est pas affaiblie, le champ visuel est normal.

Le signe de Romberg existe, peu marqué : il faut que le malade joigne les pieds complètement pour que le manque d'équilibre se manifeste dans la station debout, les yeux fermés. Toutefois le malade regarde toujours ses pieds lorsqu'il marche. L'ataxie naissante est décelable par l'exercice « à la Fournier ». Les ordres de mise en marche, d'arrêt ou de volte-face brusques donnent lieu à des hésitations, des oscillations, des difficultés d'exécution. De plus le malade a remarqué que souvent il butait contre les pavés et qu'il montait difficilement un escalier, surtout dans l'obscurité. Il présente des troubles vésicaux : il urine rarement et doit faire des efforts pour commencer la miction. Le jet est interrompu par de brusques saccades. Il ne sent pas les dernières gouttes qu'il laisse aller dans son pantalon. La défécation est normale.

Au point de vue génital, à la fin de l'année dernière, il eut une période d'excitation très marquée. Depuis lors il est atteint de frigidité génitale : certain jour il est impuissant et ce n'est point là son moindre sujet d'ennui.

La sensibilité à la piqûre est très émoussée à droite, sans qu'il soit possible de trouver une zone d'anesthésie. Il sent mais très lentement, surtout dans le territoire du nerf saphène interne, où certains points sont tout à fait insensibles. Il distingue partout le froid du chaud et possède encore très bien la notion de position de ses membres.

Pas d'autres troubles viscéraux : la pression de la trachée des testicules reste sensible.

La radiographie du pied droit a été faite dans le service d'électrothérapie de M. le professeur Charmeil. En la comparant avec celle d'un pied sain, on remarque que la tête astragalienne est épaissie, que le scaphoïde a basculé en bas, que le premier cunéiforme est soulevé, comme énucléé et qu'il est perméable aux rayons X., comme un os en

voie de résorption ou de décalcification, que le troisième cunéiforme n'est plus représenté que par un point noir de la grosseur d'un pois, tandis que les têtes des métatarsiens sont épaissies.

Cette observation nous a parue intéressante à être rapportée. Le malade est atteint d'arthropathie tabétique du cou de pied, donnant le tableau clinique du « *pied tabétique* ».

Ce n'est point là un fait extrêmement rare, mais il est intéressant :

Par la marche de l'affection, par les symptômes qui l'ont primitivement fait confondre avec une tumeur blanche :

Par le début du tabès survenant chez un sujet de 25 ans, très peu après l'accident primitif, 7 ans, si tant est que son chancre était syphilitique ;

Parce qu'il est survenu dans la forme sensitive du tabès et est favorable à la théorie sensitivo-réflexe mise en lumière par M. Brissaud (Iconographie de la Salpêtrière) ;

Parce qu'il a fourni l'occasion d'une belle radiographie montrant les troubles osseux dans ce genre d'affection.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Deuxième Congrès français de climatothérapie et d'hygiène urbaine

Arcachon, 24-28 avril 1905 — Pau, 29 avril (journée de clôture).

Fondé par le docteur Huchard en 1904, ce Congrès tiendra ses deuxièmes assises à Arcachon-Pau pendant la semaine de Pâques 1905 (24-29 avril).

Le Comité d'organisation siège à Arcachon, c'est de là que partiront les excursions déjà prévues à travers la forêt qui fournit à Arcachon sa ceintnre protectrice, sur la baie qui fait à cette station des conditions climatiques exceptionnelles, sur la côte océanienne où règne le climat atlantique dans toute son âpre splendeur.

Vendredi 28 avril départ le soir pour Pau par train spécial ; samedi 29, journée de travail à Pau, discussion des deux rapports relatifs à cette station, lecture des dernières communications, séance solennelle de clôture, fêtes organisées par la Municipalité paloise.

Dimanche 30 avril et lundi 1er mai, excursions à Biarritz, Hemday (sanatorium), Fontarabie, puis retour par Bayonne et Cambo.

Réduction de 50 0/0 consentie par toutes les Compagnies françaises de chemins de fer au profit des membres titulaires (médecins, hygiénistes, ingénieurs, chimistes, etc., cotisation 20 francs) et de leurs femmes et enfants inscrits au titre de membres associés (cotisation 10 fr.).

Dernier délai d'inscription le 5 avril. Passé cette date, le Comité décline toute responsabilité relative soit à l'envoi en temps utile des bons de réduction sur les chemins de fer, soit à la désignation du logement.

Au fur et à mesure de leur inscription les adhérents recevront tous les renseignements relatifs à l'organisation du Congrès ; les rapports leur seront envoyés d'avance en vue d'en rendre plus féconde et plus intéressante la discussion.

Avant le 1er avril (dernier délai), les titres des communications devront être adressés au secrétariat général, accompagnés d'un résumé succinct sous forme de conclusions.

Toute demande d'adhésion doit être adressée avec la cotisation au trésorier général, docteur Déchamps, villa Tisur, Arcachon.

Pour toute autre correspondance, demande de renseignements, billets de chemins de fer, logement, communications, etc., s'adresser au secrétaire général, docteur A. Festal, villa David, Arcachon.

La première réunion de l'année 1905 de l'**Association de la Presse médicale française** a eu lieu le vendredi 3 février dernier, au restaurant Marguery.

Une trentaine de membres y assistaient, sous la présidence de MM. Albert Robin et Delefosse, syndics.

Correspondance. — Lettre de démission, comme membre honoraire, de M. le docteur de Ranse. — Démission de M. le docteur Morice, membre titulaire.

Candidatures. — M. le docteur Jean Galezowski, rédacteur du *Recueil d'Ophtalmologie*, est nommé membre titulaire de l'Association, en remplacement de M. le docteur Galezowski père. — M. le docteur Albert Weil, rédacteur du *Journal de Physiothérapie*, 21, rue d'Edimbourg, à Paris, est nommé titulaire.

M. le docteur Georges Baudouin (*Annales d'Hydrologie*) est nommé membre honoraire.

Commission d'Admission pour 1905. — Sont nommés, par voie de tirage au sort, membres de la Commission pour 1905 : MM. Millon, Blondel et Gourichon, président.

Cartes d'identité. — Pour l'établissement des Cartes d'identité, et les Archives, on est prié d'envoyer désormais deux épreuves photographiques, au lieu d'une seule.

Congrès divers. — M. le secrétaire général fait connaître ensuite le résultat des démarches faites depuis la dernière réunion pour les Congrès internationaux de Lisbonne (1906) et de Saint-Pétersbourg (1905), et nationaux (1905).

Communication. — M. Cabanès a fait une communication sur le *Droit de réponse dans la Presse scientifique*. — Après des remarques de M. Roché, conseil judiciaire, et de plusieurs membres, la discussion de cette très importante question est remise à la séance prochaine.

Causerie de M. le professeur Gréhant, invité. — Après le dîner, M. le professeur Gréhant, professeur au Muséum

d'histoire naturelle de Paris, invité de l'Association, a bien voulu faire une causerie, toute d'actualité, sur l'*Empoisonnement par l'oxyde de carbone*. — Le savant conférencier, fort compétent en ces matières, a été très applaudi.

Ordre du jour. — Ordre du jour de la prochaine séance (1er vendredi de mai 1905) :

1° *Candidature*. — 2° *Election d'un Syndic*, en remplacement du syndic sortant. — 3° Discussion de la communication de M. le docteur Cabanès sur le *Droit de réponse dans la Presse scientifique* et la nomination d'une *Commission* ou *Tribunal d'arbitrage*.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le Conseil de l'Université de Lille a décidé que le **congé des jours gras** s'étendra pour les facultés, du dimanche 5 mars au mercredi 8 inclusivement.

— Parmi les **récompenses honorifiques** que le ministre de la guerre a conférées aux médecins civils pour les soins qu'ils donnent gratuitement depuis une série d'années aux militaires de la gendarmerie, nous relevons comme intéressant notre région les suivantes :

Médaille d'argent : MM. les docteurs Boulinguez, d'Hénin-Liétard ; Broncquart, de Lumbres ; Ducrocq, de Wicquinghem ; Havez, de Bouchain ; Hubert, d'Amiens ; Lartisien, de Denain ; Ledru, de Vis-en-Artois ; Heuste, de Beaumetz-les-Loges ; Leclère, de Condé-en-Brie.

Médaille de bronze : MM. les docteurs Gayet, de Doullens ; Delplanque, de Montreuil-sur-Mer ; Dumont, de Marquion ; Heem, de Cassel ; Couty, de Vic-sur-Aisne.

Soutenances de Thèses

— M. E.-A. Havet, d'Armentières (Nord), a soutenu, le 24 février 1905, sa thèse de doctorat (n° 19), intitulée : **De l'état des muscles dans la périarthrite scapulo-humérale et son traitement électrique.**

M E.-M.-J. Maes, de Béthune (Pas-de-Calais), a soutenu, avec succès, le 24 février 1905, sa thèse de doctorat (n° 20), intitulée : **Contribution à l'étude de la linite plastique (maladie de Brinton).**

Notre Carnet

Le 20 février a eu lieu à Fauquembergues, le mariage du docteur Gustave Maguin, d'Audruicq (Pas-de-Calais), avec mademoiselle Jeanne Bret. Nous adressons à notre excellent confrère nos meilleurs souhaits de bonheur et de prospérité.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont nommés *Chevaliers* : MM. les docteurs Bordas, professeur suppléant au Collège de France ; Ogilvie, médecin de l'hôpital français de Londres ; Nicolle, chef de laboratoire à l'institut Pasteur ; Tissier, médecin du ministère de l'intérieur.

UNIVERSITÉS

Collège de France. — M. le docteur François-Franck, membre de l'Académie de médecine, est nommé professeur de la chaire d'histoire naturelle des corps organisés, en remplacement de M. le professeur Marey, décédé.

Paris. — M. le docteur Second, agrégé des Facultés, est nommé professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris.

— M. le docteur Potocki, agrégé des Facultés est chargé pendant l'année scolaire 1904-1905, d'un cours complémentaire d'accouchements.

Lyon. — M. le docteur Roux, agrégé libre, est rappelé à l'exercice, du 16 janvier au 31 octobre 1905.

Montpellier. — M. le docteur Rauzier, agrégé des Facultés, est nommé professeur adjoint près la Faculté de médecine de Montpellier.

Toulouse. — Mlle Vignes, sage-femme de 1re classe, est déléguée, du 1er janvier au 31 juillet 1905, dans les fonctions de sage-femme adjointe à la clinique d'accouchement.

Alger. — M. le docteur Rouvier est nommé professeur de clinique obstétricale.

Marseille. — M. le docteur Moitessier, agrégé des facultés, est nommé professeur de chimie médicale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

— M. le docteur Arthus, chargé du cours de matière médicale, est chargé, en outre, du cours complémentaire de bactériologie.

— M. le docteur Silhol, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé du cours complémentaire de clinique chirurgicale infantile pendant le congé accordé à M. le docteur Métaxas, sur sa demande et pour raisons de santé.

— M. le docteur Quende, est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

— M. le docteur Perrin, est nommé professeur de clinique dermatologique.

Clermont. — M. le docteur Bide, professeur de pathologie chirurgicale et médecine opératoire, est nommé professeur honoraire.

— M. le docteur Lepetit, professeur d'histologie, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie chirurgicale et médecine opératoire.

— M. le docteur Rollet, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire, d'un cours d'histologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Limoges. — M. le docteur Peyrusson, professeur de chimie et toxicologie, est nommé, pour trois ans, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, en remplacement de M. le docteur Chevieux, démissionnaire et nommé directeur honoraire.

— M. le docteur Jouhaud est chargé, du 1er mars 1905 au 28 février 1906 des fonctions de suppléant des chaires

de pathologie et de clinique médicale, en remplacement du docteur DAVID en congé sur sa demande et pour raisons de santé.

— M. le docteur CUBERTAFON est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire, du cours de pathologie interne.

— M. le docteur DESCAZAL est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire d'un cours de physiologie.

Poitiers. — M. le docteur POULIOT est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs THIL, de Paris ; BÉRAUD, sénateur de Vaucluse ; ROUBY, d'Alger ; LAVIT, de Cessenon (Hérault) ; MASSÉ, de la Rochelle (Charente-Inférieure) ; SAUX, de Saint-Gaudens (Haute-Garonne) ; GARNIER, du Mans (Sarthe) ; DUBOSQ, ancien médecin des messageries maritimes, et BERNARD, membre de la Commission de la marine, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; FLURIN, de Tucoire (Gers) ; CAILLE, médecin de 2e classe de la marine, à Brest ; TOULON, de Saint-Amand-des-Cots (Aveyron) ; NEVEU-DEROTRIE, de l'île d'Yeu (Vendée) ; BARTHE, de la Rochelle (Charente-Inférieure) : RAMBAUD, de Brignais (Rhône) ; CHAMBARD, médecin des messageries maritimes à Batavia (Java) ; CHARBONNEAU, aide-major de 1re classe à Laval (Mayenne) ; CARPOT, directeur de l'hôpital Saint-Louis (Sénégal) ; COMBE, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; MAUREL, du Cannet-du-Luc (Bouches-du-Rhône).

F.-S.-E. BOURGOGNE, de Lille, à l'âge de 85 ans ; DAUBRESSE, pharmacien à Beaumetz-les-Loges. Nous adressons à la famille de notre confrère l'expression de nos condoléances.

BLANC Joseph, étudiant en médecine à Lyon.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

5e et 6e SEMAINES, DU 29 JANVIER AU 11 FÉVRIER 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	10
3 mois à un an	11	15
1 an à 2 ans	7	3
2 à 5 ans	3	4
5 à 10 ans	2	3
10 à 20 ans	1	5
20 à 40 ans	14	9
40 à 60 ans	22	18
60 à 80 ans	22	41
80 ans et au-dessus	12	14
Total	100	122

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	1	»	»	»	»	1	2	1	»	»	»	1	2	»	»	»	»	»	3	11	9
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	3	7	4	2	2	»	»	3	»	»	1	»	»	11	34	19
Moulins, 24,947 hab.	»	2	»	»	»	»	3	2	2	»	3	»	»	1	»	1	»	»	»	8	23	23
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	8	5	4	»	»	4	»	1	»	1	»	11	36	38
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	1	3	1	1	»	»	»	4	»	»	»	»	»	4	14	18
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	3	2	11	4	3	»	1	3	»	»	1	»	»	15	43	23
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	6	13	14
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	3	»	1	»	»	3	»	»	»	1	»	3	12	10
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	1	1	9	3	1	»	»	5	»	»	»	»	»	10	30	30
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	4	12
Sud, 5,908 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	4	7	14
Total	»	5	»	»	»	1	13	20	43	16	15	»	2	29	»	2	2	2	»	76	226	210

N° 425. Neuvième Année. N° 10. Le Numéro : **10** centimes 5 Mars 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de paralysie diphtérique généralisée

par MM. les docteurs

G. Raviart, médecin adjoint de l'asile d'Armentières. et **Léon Dubar** d'Armentières ancien interne des Quinze-Vingt

Si les paralysies constituent une des complications les plus fréquentes de la diphtérie, elles surviendraient, suivant CADET DE GASSICOURT dans 23,76 pour 100 des cas —, il est relativement rare d'observer ces formes presque généralisées que signalent les auteurs et que l'on trouve étudiées dans tous les traités classiques.

Le plus souvent, c'est le voile du palais qui à la source même du mal en subit le premier les atteintes et dans la plupart des cas, le phénomènes se bornent à la paralysie du voile avec ou sans participation du pharynx et de la partie supérieure du larynx. C'est là, la *forme limitée* notée par CADET DE GASSICOURT 103 fois sur 128 cas.

La *forme généralisée* débute par la paralysie du voile du palais bientôt suivie de paralysie pharyngo-laryngée, puis, sans ordre régulier, elle gagne les yeux, le cou, la face, les bras, les jambes, l'abdomen, les muscles de la respiration, les muscles intercostaux et même le diaphragme, le rectum, la vessie ; des troubles cardiaques de gravité variable peuvent apparaître.

Cette forme est accompagnée de troubles plus ou moins marqués de la sensibilité, les organes des sens eux-mêmes peuvent participer au processus, la surdité bi-latérale a été récemment notée par EEMAN, et BOLTON a publié, en 1902, deux cas de névrite optique survenue à la quatrième semaine d'une diphtérie névrite bi-latérale qui guérit complètement au bout de deux mois.

Beaucoup plus rare que la forme limitée, c'est cette forme généralisée qu'il nous a été donné d'observer récemment.

En voici l'observation :

Octavie R..., 29 ans, institutrice, appartient du côté paternel à une famille présentant des tares d'ordre névropathique, la grand'mère, le père et l'oncle sont morts d'une « atteinte » après avoir présenté de l'affaiblissement des facultés. Rien du côté maternel. Frère et sœur bien portants. Elle-même fut bien portante étant jeune, fit la rougeole à 6 ans ; mariée à 21 ans elle a eu deux enfants dont l'un eut des convulsions à l'âge de 19 mois, ils sont tous deux bien portants et intelligents.

Au mois de mai dernier, alors que la diphtérie régnait dans sa classe, apparurent chez notre malade

les premiers symptômes d'une angine, la nuit du 29 au 30 mai, elle s'éveille souffrant de la gorge, et le lendemain matin existait de l'empâtement de la région cervicale gauche, et une adénopathie douloureuse du même côté, élévation de température, insommie; le 1er juin au matin, le médecin appelé constate l'existence de fausses membranes grisâtres, épaisses, adhérentes, d'abord localisées au niveau de l'amygdale et des piliers du côté gauche puis de l'autre côté les jours suivants; les fosses nasales ne tardèrent pas à se prendre et la malade se mit à moucher des fausses membranes tandis qu'un écoulement nasal était noté.

Courbaturée, profondément abattue, très pâle, aphone, elle avait une telle fétidité de l'haleine que l'odeur en était répandue dans toute la maison.

Pendant une dizaine de jours, son état demeura grave, puis l'amélioration survint consécutivement à une antisepsie locale, badigeonnages, pulvérisations; au bout de trois semaines les fausses membranes avaient disparu.

Bien que fort faible, sa santé semblait s'améliorer progressivement lorsqu'au trentième jour de la maladie on s'aperçut que la malade *avalait de travers*, que les liquides repassaient par le nez qu'elle nasonnait en parlant, puis quelquetemps après qu'elle était complètement aphone, une partie des liquides s'engageait dans la trachée et provoquait alors des quintes de toux, si bien que la malade s'alimentait avec une extrême difficulté, et qu'elle s'affaiblissait de plus en plus. On notait enfin du ronflement pendant le sommeil.

L'examen de la gorge montrait alors une *paralysie du voile du palais* prédominant à gauche, la luette était nettement déviée vers la droite, l'examen laryngoscopique montrait *une paralysie des constricteurs de la glotte*.

L'anesthésie de toutes ces régions était alors complète, et la malade ne sentait ni le pinceau lorsqu'on lui badigeonnait la gorge, ni le miroir lorsqu'on examinait son larynx.

Tandis que les troubles de la déglutition apparaissaient, la malade s'apercevait qu'elle ne pouvait plus distinguer les objets situés près d'elle et qu'elle ne pouvait plus lire, elle ne parvenait à déchiffrer de très grandes lettres qu'en les placant au moins à 30 centimètres, la vue de loin par contre était intacte.

Outre ces *troubles de l'accommodation* on notait du *strabisme* interne gauche et la malade accusait parfois de la diplopie. Le fond d'œil était normal, les pupilles étaient inégales — la gauche étant la plus grande — et paresseuses.

Déjà, à cette époque, il existait un léger degré de *paralysie des lèvres* et le matin au réveil, l'oreiller était trouvé mouillé par la salive écoulée pendant la nuit.

Des phénomènes paralytiques transitoires survinrent également alors du côté de l'abdomen et des sphincters, pendant quelques jours elle se trouva dans l'impossibilité de faire des efforts de défécation, puis pendant deux jours la *sphincter anal fut paralysé*.

Sous l'influence de ces troubles multiples et en particulier de ceux qui entravaient l'alimentation, la malade était devenue d'une faiblesse extrême et presque chaque matin elle avait une *syncope* en se levant.

Des vomissements qui se produisaient après chaque ingestion d'aliments contribuaient à augmenter l'état de *cachexie* dans lequel elle se trouvait.

La réapparition des règles (8 juillet) en retard de quinze jours, marqua une recrudescence des phénomènes paralytiques oculaires et surtout palato-pharyngés, puis des douleurs survinrent dans les épaules, au niveau des reins, la malade devint plus faible sur ses jambes qui étaient engourdies et le siège de fourmillements. Bientôt la démarche devint incertaine, maladroite, la malade présentait alors une *ataxie* des mouvements des membres inférieurs, puis, par suite d'une paralysie plus marquée des muscles extenseurs de ces membres, elle cessa de pouvoir marcher seule; elle ne pouvait le faire que soutenue sous les bras; on notait alors un véritable *steppage*.

A mesure que cette *paralysie des membres inférieurs* s'installait, une légère amélioration survenait du côté des yeux et du voile du palais, et lorsque la paralysie des membres inférieurs atteignit son maximum, les troubles oculaires et palato-pharyngés avaient presque disparu. Par contre d'autres phénomènes survinrent, les *bras* furent pris à leur tour, les muscles extenseurs davantage que les fléchisseurs, si bien que la malade pouvait encore fléchir les doigts alors qu'elle ne pouvait plus les étendre, mais bientôt la paralysie se compléta, les muscles du *tronc* et de la *nuque* y participèrent, des troubles de la sensibilité survinrent, et pendant environ trois semaines à peu près, durant tout le mois d'août, la malade présenta une *paralysie presque généralisée*.

Littéralement effondrée dans son fauteuil, elle ne pouvait déplacer ni les bras, ni les jambes qui étaient en résolution presque complète, elle remuait difficilement la tête, le sterno-cléido-mastoïdien et les muscles de la nuque étant parésiés. *La station debout était absolument impossible.*

Etendue sur le dos, elle se trouvait dans l'impossibilité de s'asseoir ou de se mettre sur le côté, tout au plus pouvait-elle remuer faiblement les doigts et esquisser un mouvement de flexion des jambes sur les cuisses, mais elle n'aurait pu soulever ces membres. *Le bras gauche et la jambe droite* étaient les plus frappés. Pas de paralysie faciale. La langue pouvait être facilement déviée à droite mais non à gauche. Le voile du palais n'était plus paralysé. Les pupilles étaient inégales — la gauche étant plus grande — et paresseuses. Strabisme interne gauche.

Comme nous le disions plus haut, les muscles du tronc étaient également paralysés et la malade ne pouvait pas rester assise dans son lit. Le diaphragme n'était pas pris et on n'observait pas de gêne respiratoire. Pas de tremblement. Les *réflexes* étaient totalement abolis.

La *sensibilité* était émoussée dans toute l'étendue des téguments, elle était abolie au niveau des mains et surtout des pieds. La malade comparait ses pieds à des boules, disait qu'elle ne sentait pas le sol. Ces troubles furent très marqués pendant les trois semaines que dura la paralysie des membres. Les bras et les jambes étaient le siège d'engourdissement de

fourmillements, de crampes en particulier au niveau du mollet droit, qui semblait à la malade serré par une jarretière. Lorsqu'elle était couchée sur le côté, des crampes du membre inférieur opposé se produisaient et elles ne disparaissaient que lorsqu'on couchait la malade de l'autre côté. Les couvertures du lit lui semblaient excessivement lourdes.

On ne constatait plus de troubles du côté des organes des sens, la *sensibilité gustative* fut très diminuée pendant quelques jours au début de la paralysie des membres, la malade ne trouvait alors aucune saveur aux aliments qu'elle commençait à ingérer.

La malade était dans un état d'*amaigrissement extrême*, les masses musculaires elles-mêmes paraissaient atrophiées.

Pendant toute cette période de paralysie généralysée, le *cœur* battait rapidement tout en conservant un rythme normal, on compta jusque 115 pulsations par minute au moment où les phénomènes paralytiques atteignirent leur maximum.

Sous l'influence des toniques et de la strychnine administrés au commencement de septembre, soit trois mois après le début de l'angine diphtérique, un mois et demi après l'apparition des phénomènes paralytiques des membres, on vit ces troubles rétrocéder (ainsi que nous l'avons déjà noté, tandis que la paralysie des quatre membres s'installait, les paralysies palato-pharyngée et oculaires après une recrudescence passagère avaient disparu complètement), c'est dans les bras que la motilité reparut tout d'abord, peu après les jambes recouvrèrent leurs mouvements, la droite d'abord, puis la gauche quelque temps après. Bientôt la malade put manger seule, se tenir debout, puis marcher péniblement d'abord en traînant les jambes.

Le 7 octobre, elle pouvait sortir de chez elle en s'appuyant sur le bras de son mari, le 21 tous les mouvements étaient redevenus possibles, la sensibilité et les réflexes avaient reparu, la paralysie avait duré trois mois et demi.

Ce n'est pas à dire cependant que la malade ait alors été complètement rétablie, ce n'est qu'à la longue que les forces revinrent, que l'embonpoint reparut et que les masses musculaires atrophiées qui furent le siège de contractions fibrillaires au niveau du bras gauche notamment reprirent peu à peu leur volume ; mais aujourd'hui encore elle ressent les effets de la toxi-infection qui l'a si cruellement éprouvée.

En RÉSUMÉ, une femme de vingt-neuf ans, aux antécédents héréditaires d'ordre névropathique chargés, fait une angine diphtérique assez grave qui débuta le 30 mai 1904 : fausses membranes prédominant à gauche, adénopathie cervicale douloureuse, fétidité de l'haleine, diphtérie nasale concomitante ; environ un mois après, apparurent une paralysie palato-pharyngée, surtout marquée à gauche, luette déviée à droite et une paralysie des constricteurs du larynx, bientôt suivies de paralysie de l'accommodation et de strabisme, de paralysie transitoire des muscles abdominaux puis du sphincter anal. A la suite du retour des règles, recrudescence des troubles palato-pharyngés, paralysie des jambes puis des bras, réalisant ainsi une paralysie presque généralisée qui demeura stationnaire durant le mois d'août ; prédominance des symptômes au niveau du bras gauche et de la jambe droite, abolition des réflexes et de la sensibilité, profond amaigrissement, atrophie musculaire, cachexie ; en septembre, régression des phénomènes; fin octobre, guérison.

La paralysie généralisée dont nous avons décrit l'évolution a été telle qu'on l'observe généralement *tardive* puisqu'elle a débuté environ au trentième jour de la maladie, elle a atteint tout d'abord la partie gauche du voile du palais là où les fausses membranes s'étaient montrées en premier lieu, gagnant ensuite le pharynx et le larynx, frappant presque simultanément les yeux, les muscles de la paroi abdominale, le sphincter anal, puis, à l'occasion des règles, probablement à la faveur de l'affaiblissement plus considérable de l'organisme, nous la voyons gagner les membres inférieurs et les membres supérieurs, frappant comme d'ordinaire surtout les muscles extenseurs, obligeant la malade à stepper, avant de réaliser une paralysie presque totale.

Tandis que la paralysie des membres se complétait, les troubles pharyngo-laryngés et oculaires disparaissaient.

Les troubles de la sensibilité, l'abolition des réflexes, l'amaigrissement observés sont tels qu'on les note d'ordinaire. La longue durée de la paralysie (trois mois), n'excède pas les limites fixées par les auteurs.

En somme, *cas typique de paralysie diphtérique généralisée.*

Clinique médicale de la Charité

M. le professeur Combemale

Aphasie sensorielle : cécité verbale et agraphie ; absence de cécité psychique, d'aphasie optique et d'hémianopsie (1)

par MM.

M. Breton, chef de clinique médicale et J. Looten, interne des hôpitaux

Marie B..., 70 ans, ménagère, entre à l'Hôpital de la

(1) La malade a été présentée à la *Société de médecine du Nord*, le 27 janvier 1905, les pièces anatomiques ont été montrées le 24 février.

Charité dans le service de M. le professeur Combemale, le 10 janvier 1905.

Les antécédents héréditaires sont nuls. Nous n'avons aucun renseignement sur le père et la mère. Elle n'a ni frère, ni sœur.

La malade a été mariée deux fois. Elle a eu un enfant du premier mariage ; cet enfant est mort à trois mois d'entérite aiguë. Elle n'a jamais fait de fausses couches. Le premier mari est décédé subitement et le second, atteint d'une maladie vénérienne, l'a abandonnée il y a près de vingt ans.

Pas d'antécédents infectieux connus. Pas d'alcoolisme. Ces renseignements nous ont été fournis en grande partie par la malade, qui, à l'aide d'une mimique très expressive qui témoigne d'une parfaite mémoire, a répondu à nos questions avec la plus grande netteté et sans jamais se contredire.

Il y a deux ans, aux dires des voisins de la malade et, à la suite d'une grande peine morale (un vol), Marie B..., perd connaissance et reste dans le coma plusieurs heures. Elle se réveille la nuit même et, sans présenter de paralysie, ni de parésie, est prise d'une crise de folie aiguë. Elle jette dans l'escalier et par la fenêtre ses meubles et fait grand bruit. Elle est transportée à l'hôpital Saint-Sauveur, où elle reste un mois en observation. Elle est complètement aphasique, mais ne manifeste plus aucun délire, ni impulsion.

De retour chez elle, elle recouvre l'usage de la parole, mais incomplètement. Certains mots, certains objets, dont le sens ne lui échappe pas, ne peuvent plus être appelés par leurs noms.

Il y a dix mois, sans ictus, elle redevient complètement aphasique, mais en l'espace de quelques mois une récupération lente des mots s'opère, et elle nous vient à l'hôpital dans l'espoir d'une amélioration plus complète.

L'examen de sa motilité dénote l'absence de parésie. Elle se sert de ses deux mains et de ses deux membres inférieurs avec la même facilité pour les usages ordinaires de la vie. La force musculaire est également développée. Il n'y a pas de paralysie faciale ; les réactions électriques sont normales. On note un léger tremblement sénile, nullement intentionnel. Les réflexes tendineux et cutanés sont normaux. Pas de signe de BABINSKI.

Sensibilité conservée au tact, à la piqûre, au chaud et au froid.

Pas de troubles trophiques de la peau.

La malade est d'un tempérament très impressionnable ; elle a été très touchée d'une tentative de vol, dont elle fut la victime.

Elle en a conservé des idées de méfiance vis-à-vis des personnes qui l'entourent et des projets de vengeance à l'égard de deux ou trois de ses voisins, qui se seraient, paraît-il, appropriés des objets lui appartenant. Jamais elle ne s'est livrée à des voies de fait. Ses plaintes sont platoniques et se résument en un vocabulaire grossier.

L'examen des fonctions intellectuelles donne les résultats suivants :

Pas de surdité verbale ; la malade, intelligente, comprend les questions qu'on lui pose. Elle y répond par des phrases incomplètes et par la mimique.

Lorsque la malade veut parler spontanément, elle présente de l'aphasie pour les mots familiers, usuels et spéciaux. Quand on lui dit : « *Comment vous appelez-vous ?* », elle répond : « *Marie ......, je ne sais pas le dire* » Si l'on prononce son nom, elle dit de suite : « *Oui.* » D : « *Quel âge avez-vous ?* » — R : « *J'ai soixante ans, plus ....., je ne peux pas le dire* ». Et elle compte avec les doigts le nombre d'années supplémentaires.

D : « *Où êtes-vous née ?* » — R : « ...... »

D : « *Est-ce à Quiberon ?* » — R : « *Oui.* »

D : « *Est-ce à Lille ?* » — R : *Non.* »

D : « *Quel est le nom de votre mari ?* — R : .... *Là.* »

Elle indique le billet d'entrée sur lequel est inscrit le nom de son mari.

Elle ne se souvient pas du nom de son enfant, mais elle sait à quelle âge il est décédé et la date de sa mort.

Les mots spéciaux sont plus particulièrement oubliés. Elle appelle la sœur : « Madame », le terme « ma sœur » ne pouvant être retenu. Il n'y a dans sa prononciation ni zézaiement, ni scansion. Pas de jargonaphasie.

Elle n'emploie ni le style nègre, ni le style télégraphique, mais elle cherche à définir par une périphrase le terme oublié.

Elle a conscience de son incapacité intellectuelle et elle vous répond quand elle est fatiguée : « *Vous m'ennuyez avec vos affaires ; allez-vous-en ; quand je vous entends, je suis en colère.* »

Il lui arrive parfois à la fin de l'interrogatoire de bégayer et, quand on prononce ce mot : « *vous bégayez* », elle répond : « *Je sais ce que c'est que bégayer.... bbbbbb.*

Marie B... répète tous les mots que l'on prononce devant elle sans particularité de prononciation, si ces mots sont simples. Mais à peine a-t-elle répété le mot qu'elle l'a oublié.

D : « *Qu'est-ceci ?* » (on lui montre une orange). »

R : « *Je ne sais pas.* »

D : « *Est-ce une orange ?* ». R : « *Oui.* »

D : « *Répétez : orange ?* ». R : « *Orange.* »

D : « *Qu'est-ceci ?* » (on lui montre l'orange). R : « *Je ne peux pas le dire.* »

La malade répète une phrase courte, trois mots au maximum.

D : « *Le temps est beau aujourd'hui* ». R : « ...... »

D : « *Il fait beau.* » R : « *Il sait beau.....* (après avoir réfléchi) *le temps.* »

Elle n'omet pas de mots, mais elle zézaye dans sa répétition.

D : « *Il fait jour.* » R : « *Il fait dour.* »

Nous avons fait chanter la malade et il semble que quelques airs familiers soient conservés en tant que musique. Les paroles sont assez facilement prononcées pour être reconnaissables, mais il y a des omissions dans le cours de la chanson.

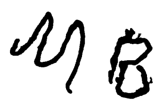
La lecture à haute voix est impossible. Et cependant il y a deux ans, elle lisait le journal tous les soirs à ses voisines.

La lecture mentale et aussi très pénible. Elle reconnaît quelques lettres, mais elle ne peut les rassembler pour constituer des syllabes, des mots et des phrases. La malade ne peut dire combien de lettres contient un mot ; elle ne sait lire son nom, quand bien même elle vient de le copier servilement d'après l'imprimé.

Les mêmes constatations sont faites pour les chiffres isolés, les nombres. Nous avons essayé de faire exécuter mentalement une addition très simple à la malade ; celle-ci comptant sur les doigts nous a donné la somme exacte.

Pas d'aphasie optique.

Compréhension parfaite de la parole parlée. L'agraphie est complète. La malade à toute demande répond en traçant deux lettres qui sont ses initiales.



Ecriture spontanée

La transcription de son nom manuscrit est servile.

Transcription du manuscrit

Il en est de même de la transcription des lettres imprimées.

Transcription de l'imprimé

Il est à remarquer que la malade se fatigue très vite à cet exercice et que les dernières lettres du mot transcrit sont presque indéchiffrables.

La malade ne reconnaît pas les dessins allégoriques, ni les emblèmes.

Nous avons déjà dit que son intelligence est intacte. Marie B..., a conservé la mémoire des faits saillants de son existence et, malgré son grand âge, elle reconstitue facilement sa généalogie. Elle reconnaît vite ses amies et ne s'égare jamais dans la rue.

D'humeur très voyageuse, elle est constamment en mouvement, ne peut rester au lit et manifeste également une grande instabilité de caractère. Elle pleure facilement, rit de même, mais se fâche plus souvent encore, notamment contre les personnes qui l'interrogent.

Il y a deux ans, la malade parlait trois dialectes : le français, le breton, l'allemand. Ces deux dernières langues sont oubliées. Enfin, assez habile à des travaux de couture, elle ne peut plus manier l'aiguille, ni vaquer à des occupations qui exigent une certaine attention.

L'examen des organes des sens donne les résultats suivants :

Rien à noter du côté du toucher, de l'ouïe, du goût et de l'odorat.

L'acuité visuelle égale 7/10 des deux côtés. Elle est très suffisante pour l'âge de la malade. L'étendue du champ visuel est normale pour le blanc et pour les couleurs. Pas d'hémianopsie, pas de scotome. La musculature extrinsèque de l'œil est intacte. Le réflexe lumineux est supprimé avec conservation du réflexe accomodatif : signe d'Argyll Robertson. Pas de lésions du fond de l'œil. (L'examen a été pratiqué par M. le docteur Painblan).

Il nous reste à citer certains troubles fonctionnels indépendants de ceux intellectuels. L'appareil respiratoire est lésé. Depuis son entrée dans le service de M. le professeur Combemale, Marie B..., a fait à deux reprises des congestions des bases, qui laissent aux périodes d'accalmie de la submatité, de l'obscurité respiratoire et même quelques râles.

Légers frottements à la partie moyenne du poumon gauche et douleurs névralgiques à ce niveau. Le rythme respiratoire est normal. L'expectoration est rare, très aérée.

Au cœur, les bruits sont sourds et irréguliers. Pas de signes d'endocardite. Nombreux faux pas au pouls. La tension artérielle est très inégale ; elle oscille entre 15 et 20 au sphygmomanomètre de Potain.

Les organes digestifs fonctionnent inégalement ; alternatives de constipation et de diarrhée. L'appétit est bon, mais la malade digère difficilement la viande.

Le foie est volumineux, dur et sensible à la pression. Il déborde les fausses côtes de deux travers de doigt.

Les urines sont rares, 6 à 700 grammes par vingt-quatre heures. Le taux de l'urée est abaissé. Peu de chlorures. Pas d'éléments figurés anormaux et pathologiques. Traces d'albumine dosables : 0 gramme 40 centigrammes environ par litre. La malade ne présente pas de symptômes urémiques. Léger œdème prétibial.

Pas d'élévation de la température.

Notre cas se rapproche de ceux décrits par Wernicke, Kussmaul et Déjerine sous le nom d'aphasie sensorielle avec cécité verbale et agraphie. Il s'agit évidemment d'une aphasie sensorielle ; en voici les principaux caractères : la possibilité d'articuler tous les mots, la paraphasie intermittente, la prolixité du langage, les troubles de la parole répétée, la perte des images visuelles, l'agraphie avec l'unique conservation des initiales du nom, l'intégrité de la motilité générale, l'intelligence intacte et la mimique expressive.

Nous sommes persuadés que cette femme, très améliorée actuellement, a présenté à deux périodes de sa maladie de la surdité verbale ; c'est celle-ci qui a fait prendre Marie B... pour une aliénée, alors qu'elle n'avait en réalité qu'une rupture d'association entre ses centres du langage.

Ces différents troubles relèveraient, suivant Déjerine et Lichsteim, d'une lésion du pli courbe et de la première circonvolution temporale gauche. Nous n'insisterons pas sur la nature de ces lésions, ni sur leur étendue, la clinique seule ne pouvant préjuger de ce point.

Nous dirons seulement combien il est difficile de trouver la cause de ces accidents et nous serions dans l'impossibilité de résoudre ce problème, si la malade ne présentait un signe capital : le signe d'Argyll Robertson. Celui-ci, suivant MM. Cestan et Dupuy-Dutemps (*Gazette des hôpitaux*, 1901), serait le signe indélébile de la vérole. L'existence d'antécédents vénériens chez le second mari de notre malade constitue un excellent argument en faveur de cette hypothèse.

***

L'histoire clinique de la malade que nous avons présentée à la *Société de Médecine*, le 27 janvier 1905, se complète des faits cliniques suivants :

Deux jours après cette présentation, c'est-à-dire le 29 janvier, la malade est tombée sans connaissance en se rendant à la messe. Portée dans son lit, elle a des vomissements sans effort toute la journée. A ce moment, elle ne présente pas de paralysies, mais elle a perdu complètement la parole.

La nuit suivante, nouvel ictus suivi de paralysie faciale gauche complète et de monoplégie droite. Il n'y a pas de

déviation conjuguée de la face et des yeux. Mais il existe de la paralysie glosso-labio-laryngée : le voile du palais est abaissé et insensible ; les matières alimentaires sont rejetées par les voies nasales.

Le 1er février, nous notons une amélioration. La monoplégie droite disparaît, mais il persiste de la parésie. Quelques sons nasonnés sont émis. La déglutition redevient possible.

Le 5 février, nouvel ictus. L'aphasie est totale. La paralysie des membres du corps et de la face est complète et la malade meurt dans le coma le 8 février.

Autopsie. — L'hémisphère droit ne présente aucune lésion.

Hémisphère gauche : Les méninges sont adhérentes au niveau des première et deuxième circonvolutions temporales à leur partie postérieure. Après décortication, on voit, suivant une ligne qui forme la lèvre inférieure de la branche horizontale de la scissure de SYLVIUS, un foyer de ramollissement assez limité. Au palper, cette région est mollasse, sans résistance. Le gyrus supra-marginalis et le pli courbe semblent respectés. Intégrité du pied de la troisième circonvolution frontale.

A la base, le tronc basilaire et ses branches présentent de nombreuses plaques d'athérome.

L'hémisphère est débité en coupes vertico-transversales suivant la méthode de PITRES.

La lésion débute au niveau de la corne frontale du ventricule latéral. Elle longe la face externe du noyau caudé, gagne la substance blanche sous corticale, sous-jacente aux circonvolutions de l'insula et de la première temporale.

Elle se prolonge en arrière dans la substance blanche sous-jacente au pli courbe jusqu'au cuneus.

Les radiations optiques de GRATIOLET sont respectées.

Nous notons donc une destruction de l'écorce au niveau de l'insula et de la première temporale et une lésion sous-corticale au niveau du pli courbe.

En résumé, les centres d'images auditives et visuelles sont complètement détruits et nous avons eu raison de supposer que l'absence apparente de surdité verbale chez notre malade n'était que le résultat d'une rééducation partielle et toujours incomplète. L'absence d'hémianopsie s'explique par l'intégrité des radiations thalamiques. Quant à l'agraphie, nous ne chercherons pas à en localiser le siège, car nous savons qu'elle accompagne toute lésion des centres d'images du langage. (DÉJERINE, FREUND, OPPENHEIM).

L'examen microscopique de la pièce sera publié ultérieurement.

Coup de feu de l'abdomen
Laparotomie après quarante-huit heures

par le docteur **P. Trouchaud**, de Lille.

« Il est acquis maintenant que tout médecin régulièrement inscrit à la préfecture de sa localité, et payant patente en cette localité, a acquis le droit absolu d'exercer sa profession en un point quelconque du territoire français *sans payer une nouvelle patente.* »

Le 1er août 1904, je me rendis, avec toute ma famille, dans une station du littoral pour prendre un mois de repos. Je m'étais muni d'un petit nécessaire de chirurgie d'urgence, au cas où un accident quelconque se produirait chez les miens. C'est une précaution qu'il est bon de prendre, quand on séjourne en ces pays lointains et généralement peu favorisés.

Dès la première nuit, on vint heurter la porte de notre villa pour un blessé gravement touché : Un de nos voisins venait de faire feu sur son locataire qu'il avait pris pour un simple cambrioleur.

Le blessé, un jeune homme de 24 ans, avait été atteint par une charge de plomb n° 3 : La main gauche, l'avant-bras gauche étaient littéralement truffés par les projectiles ; il y avait à l'épigastre trois orifices d'entrée, dans le flanc gauche, deux orifices de sortie, la région pubienne gauche présentait deux orifices d'entrée.

Le malade, très émotionné, me raconta son histoire. Je le fis uriner : Il eut une miction spontanée et non sanglante. Pouls normal. Je lui fis un pansement et déclarai à la famille qu'il y aurait lieu de faire une laparotomie.

Comme traitement, défense absolue de boire, de manger, d'administrer un lavement. — Opium à l'intérieur. Glace sur le ventre.

Le lendemain le malade urinait spontanément, il rendait des gaz, il n'avait pas la moindre nausée. Le pouls était normal ainsi que la température. La famille repoussait très loin l'idée d'une laparotomie d'urgence... Les projectiles avaient fait séton... Le malade n'était pas gravement touché... Toute la journée se passa ainsi : Quand pourra-t-il sortir? Quand pourra-t-il se rendre à cet intéressant Casino?

Vers le soir, le pouls m'inquiéta : Il passa de 70 à 85. Je fis des réserves... Inquiétude de la famille... La température tomba au-dessous de la normale. Injection de sérum de Hayem 50 cc³... on parla laparotomie on pratiqua cette laparotomie 48 heures après l'accident.

Le malade était en mauvaise performance.

Température 36°3, pouls 120, langue mauvaise, pas de nausées, pas de vomissements. Intelligence très lucide. Chloroforme. Laparotomie haute.

Très léger épanchement de sang dans le péritoine. Pas d'épanchement du contenu stomacal ou intestinal. Péritoine injecté moyennement.

Un plomb dans la paroi de l'estomac, face antérieure : Extirpation du projectile suturé méthodique. On sent un plomb dans le jéjunum. Vérification de l'anse sur laquelle on enfouit trois points douteux.

Le côlon transverse avait tout d'abord présenté une petite perforation qui avait été suturée méthodiquement.

Dans la paroi abdominale antérieure, sous le péritoine, région iliaque gauche, on sent deux plombs qui sont abandonnés comme bien placés, non dangereux.

Drainage au tuyau. Sutures. Opération 30 minutes.

Résultats : Le pouls demeure élevé, la température se relève, on fait boire le malade, on lui injecte 500 cc³ de sérum. Il urine. Il rend des gaz — pas de nausées, pas de vomissements — lavement, pas d'évacuation. Au bout de quarante-huit heures le drain est enlevé,

pas de ballonnement du ventre, pas de douleurs à la pression, la température monte toujours 39° 39°5 39°9. Le pouls devient de plus en plus fréquent 130-140. La mort survient cinquante-six heures après l'opération en état de parfaite lucidité d'esprit.

Ce cas nous indique clairement que, en présence d'un coup de feu de l'abdomen, il faut *imposer* de suite une laparotomie exploratrice, cette intervention sera *acceptée* ou *non*; mais elle devra toujours être *proposée*, et, s'il est possible, *imposée*.

Quant aux difficultés de cette opération, il ne faut pas se les exagérer, c'est très simple, c'est très facile, cela peut être fait convenablement partout, et, à ce sujet, je me souviens d'un cas à peu près analogue, opéré il y a cinq ans et guéri. La laparotomie sur place avait suivi immédiatement un coup de couteau dans le flanc droit.

J'eus donc le chagrin de perdre ce malade, après avoir eu l'espoir très vif en sa guérison.

Ce drame marqua la fin de mes vacances, au sens absolu du mot; j'eus de ce fait la clientèle balnéaire de la localité. Bon gré, mal gré, il fallut que j'aille, là recoudre un genou de cycliste sérieusement endommagé par le silex de la route, là-bas un bébé dont la paupière avait été fendue, il me fallut traiter une noyée, etc., etc.

Je rentrai à Lille le 1er septembre. Le 25 décembre 1904, M. le percepteur de Trou-sur-Mer me faisait tenir une feuille de contributions: avoir à payer de suite 23 fr. 80 au Trésor. Je suis allé, en courant, offrir cette somme au percepteur de mon quartier à Lille. Il va la toucher à partir du 1er janvier, et je vais ensuite en réclamer la restitution, en raison du principe ci-dessus énoncé et qui relève de la simple logique.

A ce propos, je vous dirai, mes chers confrères, qu'il n'est rien de plus agréable que la pratique médicale au bord de la mer. Là, vous êtes au mieux avec tout le monde, maire, curé, instituteur. Si monsieur le Percepteur n'a pas eu l'occasion de faire votre connaissance, il vous en témoignera sûrement tous ses regrets en fin d'année.

Tous, d'un commun accord, vous font une situation privilégiée. Quant au confrère, si toutefois le pays en renferme, a-t-il pour vous le bon regard confraternel ? Vous voilà une paire d'amis. Est-ce le contraire ? Vous pouvez vous attacher malgré lui son concours en prévision d'un nouveau séjour estival : souvent, vous aurez l'occasion de démontrer à tel ou tel malade qu'il a tort de vouer son médecin au diable. De ces appréciations désintéressées, il reste toujours quelque chose, et, à votre prochain voyage, vous trouverez peut-être un confrère aimable.

Je crois avoir découvert par hasard, pour les médecins des grands centres, pendant la belle saison, un débouché nouveau. Puisque la clientèle aisée émigre pendant cette saison vers le littoral, vous pouvez l'y suivre avantageusement, et vous pourrez toujours décliner l'offre si aimable de monsieur le Percepteur de vous compter au nombre de ses administrés. Prenez toutefois avec vous une trousse de chirurgie d'urgence, et laparotomisez sur le champ tout coup de feu de l'abdomen. Dans ces pays maritimes, tout le monde a le droit de porter un fusil, vous concevez que cette licence, accordée au premier venu, entraîne fatalement des accidents graves.

Un nouveau cas de lésions trophiques des ongles des orteils chez un saturnin

Par L. Arquembourg et J. Minet,
Internes des hôpitaux.

Dans le numéro du 7 août 1904, de l'*Écho médical du Nord* nous avons publié un cas de lésions trophiques des ongles des orteils chez un saturnin. Nous avions remarqué à cette époque l'absence complète d'observations relatant un fait semblable. De plus, nous avions été frappé de cette localisation particulière des lésions, qui ne coexistaient avec aucun trouble moteur des membres inférieurs et s'accompagnaient seulement à ce niveau de retard à la perception tactile.

A cause du degré peu marqué de cette névrite du type péronier, notre diagnostic avait été au début un peu hésitant, et nous ne nous étions décidés à le poser, qu'après avoir éliminé successivement les différentes affections susceptibles de provoquer des lésions trophiques au niveau des ongles des orteils.

Depuis notre publication, la question, qui jusque là, n'avait pas été traitée n'a toujours pas été reprise, nous l'avons remarqué au cours de nouvelles recherches. C'est ce qui nous décide à publier l'observation d'un saturnin, entré récemment dans le service de M. le professeur Combemale, et qui présentait des lésions analogues à celles que nous avions déjà eu l'occasion d'observer chez un autre, il y a quatre mois.

Observation. — N... Cyrille, âgé de 45 ans, exerce la profession de peintre, il entre à l'hôpital le 2 décembre 1904, pour paralysie saturnine des avant-bras.

Son père est mort à 58 ans, il y a 12 ans ; sa mère depuis une trentaine d'années. D'après les dires du malade ils n'ont jamais présenté aucune lésion du côté des ongles, des cheveux et de la peau. Comme antécédents personnels, le malade ne se souvient d'aucune maladie jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, époque à laquelle il signe un engagement de cinq ans au corps d'occupation de Tunisie. Pendant son séjour en Afrique il contracte des habitudes alcooliques dont il ne s'est pas corrigé depuis. Il nie absolument avoir eu la syphilis, on ne décèle du reste à l'examen aucune trace de cette infection : cicatrice de chancre, perte de cheveux, cicatrice de gommes, engorgement ganglionnaire. Il ne présente aucun stigmate d'hystérie.

Après sa libération il exerce le métier de peintre, et ne présente aucun accident jusqu'au mois de février 1903. C'est alors qu'il ressent sa première colique de plomb. Il attribue son intoxication à la mauvaise habitude qu'il avait de tenir dans la main les boules composées de céruse et de blanc d'Espagne, dont il se servait. Il suivit pour sa première colique le traitement ordinaire : purgatifs huileux et bains sulfureux.

Il put bientôt reprendre son travail, mais au bout de huit jours, il commença à présenter une paralysie du type antibrachial. On le soumit à l'électrisation et trois mois après il reprenait ses occupations ; il fut occupé un certain temps à peindre des cuves au minium et pour cela, il se déchaussait et ne gardait que ses chaussettes pour marcher dans la cuve badigeonnée d'oxyde de plomb.

L'intoxication fut naturellement rapide et il eut bientôt une seconde colique de plomb, puis il vit ses avant-bras se paralyser peu à peu, enfin les deux jambes se prirent à leur tour. C'est à ce moment, dit-il, que les ongles des orteils commencèrent à devenir friables et à présenter l'aspect qui attira de suite notre attention.

A l'examen du malade nous constatons une anémie assez intense. Aux dents le liseré gris-bleuâtre de Burton. Le malade ne perd pas ses cheveux, ne présente aucune cicatrice sur les téguments.

Comme troubles nerveux, on note : des troubles moteurs, sensitifs et trophiques.

Troubles moteurs. — N .. présente tout d'abord le type antibrachial de Remak, forme classique et fréquente de la paralysie saturnine ; le long supinateur est intact, et la paralysie ne semble pas devoir gagner les muscles du groupe Duchenne Erb. La tumeur dorsale de Gubler a existé lors de la première paralysie, on ne l'observe plus actuellement.

Aux membres inférieurs le malade accuse de la faiblesse, particulièrement à la jambe gauche ; il ne peut être question ici du vrai type péronier, ainsi que l'a décrit Mme Dejerine Klumpke ; les jambes ne sont pas paralysées, cependant cette faiblesse des jambes a fort inquiété notre malade qui éprouvait une difficulté croissante à marcher. Ce manque de forces s'est installé progressivement, actuellement sous l'influence de l'électrisation il a regressé, le malade talonne encore un peu, mais il n'est plus contraint de s'arrêter comme auparavant et il ne craint plus de voir s'installer une paralysie.

Au membre inférieur on ne remarque pas de tremblement, par contre aux membres supérieurs existe un tremblement qui s'exagère avec les fatigues de la journée.

Troubles sensitifs. A ce point de vue N... a présenté dans les jambes quelques fourmillements et douleurs. L'examen de la sensibilité objective révèle un retard considérable à la perception de la piqûre.

Troubles trophiques. Nous n'insistons pas sur les troubles trophiques des muscles de l'avant-bras. Aux jambes les muscles sont très atrophiés, particulièrement à la jambe gauche.

Pour ce qui est des ongles des orteils on y observe les lésions déjà décrites chez notre premier malade. Nous ne pouvons mieux faire que de répéter ici ce que nous écrivions au mois d'août. « Les ongles sont cassés, courts, très épaissis et crénelés. Les épaississements transversaux et les cannelures longitudinales apparaissent très accentués. L'extrémité antérieure de l'ongle revêt une teinte noirâtre, la sertissure et la matrice ne sont pas enflammées, ne suppurent pas. » Nous notons en outre que les lésions n'intéressent plus que les ongles des premiers et cinquièmes orteils, alors que chez notre premier malade tous les ongles étaient pris.

Il nous semble inutile de discuter ici le diagnostic comme nous l'avons fait à propos de notre première observation. L'origine saturnine des troubles trophiques unguéaux est d'autant moins discutable que la névrite est plus apparente (atrophie musculaire, troubles sensitifs subjectifs et objectifs).

Ce second fait vient donc à l'appui du premier et ne peut que nous engager à examiner systématiquement les ongles des malades atteints d'intoxication saturnine. Peut-être ainsi arrivera-t-on à se convaincre que de tels faits ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 13 Janvier 1905

Présidence de M. Surmont, président.

Un cas de scorbut ; hémorrhagies gingivales ; épistaxis ; hémoptysies ; hématuries ; hématémèses ; enterorrhagies ; purpura... Autopsie.

M. **Julien** montre des pièces anatomiques très intéressante, provenant de l'autopsie d'une malade dont l'observation *a été publiée* dans le dernier numéro, page 102.

Un cas d'ictère acholurique, rendu pseudo-cholurique par l'élimination des matières colorantes du séné.

MM. **Surmont** et **Dehon** communiquent une observation qui *a été publiée* dans le numéro du 5 février 1905, page 62.

***

Séance du 27 Janvier 1905
Présidence de M. SURMONT, président

Phtiriase généralisée

M. **Charmeil** présente un malade atteint de phtiriase généralisée. Le sujet a des démangeaisons depuis plusieurs mois, présente des lésions de grattage et n'a jamais subi aucun traitement.

L'examen des cheveux, des poils du pubis, des aisselles dénote une surabondance de lentes que l'on peut évaluer au nombre de 15, par poil.

Il est rare qu'une telle généralisation s'observe et de tels faits n'ont pas été cités par les auteurs si l'on excepte cependant le cas de LYDSTON, assez semblable à celui de M. CHARMEIL.

Aphasie sensorielle avec agraphie et cécité verbale

MM. **Breton** et **J. Looten** montrent à la Société une aphasique sensorielle, dont l'observation est rapportée en détail dans le *présent numéro* :

M. **Ingelrans**. — Le très beau cas d'aphasie sensorielle qui nous est présenté ici mérite toute attention. Effectivement, comme la malade n'offre pas de surdité verbale, on pourrait croire qu'il s'agit d'une cécité verbale pure. Mais à un examen plus attentif, on s'aperçoit vite qu'il n'en est rien. D'abord la malade n'a pas d'hémianopsie homonyme latérale droite, ce qui ne fait jamais défaut dans la cécité verbale pure. Dans cette dernière, en outre, l'agraphie n'existe pas : le sujet peut écrire, mais ne peut lire ce qu'il a écrit à moins qu'il ne suive du doigt le tracé des lettres. La malade actuelle ne peut nullement écrire et, dans la copie, qui est d'ailleurs réduite au minimum, elle transcrit d'une manière servile l'imprimé en imprimé, comme s'il s'agissait de reproduire un dessin. D'un autre côté, la cécité verbale pure est d'origine sous-corticale ; donc, la zone du langage est intacte et on ne note jamais de paraphasie. Il s'agit donc bien d'une aphasie sensorielle typique avec lésion du pli courbe et de la partie postérieure de la première temporale. Pourquoi donc n'y a-t-il pas de surdité verbale ? C'est que, au cours de l'évolution, l'aphasie sensorielle s'améliore, que la surdité verbale s'atténue et que la cécité verbale persiste comme un reliquat attestant que la localisation prédominait dans la région du pli courbe. L'hémianopsie fait défaut, ce qui montre que seule la corticalité est touchée et que ni la scissure calcarine ni les radiations de GRATIOLET ne sont lésées.

Il y a dans l'histoire de cette femme des raisons de croire à la syphilis comme cause de ce ramollissement : mais, vu son âge, on pourrait aussi bien incriminer l'artériosclérose, n'était la présence du signe d'ARGYLL-ROBERTSON. Celui-ci doit être considéré (BABINSKI, CESTAN, DUPUY, DUTEMPS) comme révélant l'infection syphilitique ou comme dépendant du tabès ou de la paralysie générale, même au début. Mais ces deux dernières maladies ne surviendront pas chez un sujet d'un âge aussi avancé, et je me range à la première hypothèse : je le considère comme la signature de l'infection syphilitique dans la présente observation. On trouvera d'ailleurs l'exposé des raisons qui décident à conclure de la sorte dans les communications de BABINSKI à la Société de dermatologie, le 13 juillet 1899, et à la Société médicale des hôpitaux de Paris le 17 mai 1901.

Corps étranger des bronches

MM. **Charmeil** et **Gaudier** présentent une malade qui a un corps étranger des voies aériennes. Il s'agit d'une épingle à tête volumineuse en émail. La radiographie montre que l'épingle vue par projection dorsale est bas placée, au niveau de la septième côte, à droite de la ligne médiane.

M. **Gaudier** rappelle l'histoire clinique d'une petite fille opérée dans son service, à la suite d'accidents aigus de médiastinite.

L'intervention dans ces cas est de rigueur, la méthode de QUILIAN, la plus recommandable, a donné, sur 144 sujets, des succès continus. Elle est reconnue efficace par MOURE, de Lyon. Elle permet l'extraction facile de corps bas placés. Certaines modifications à ce procédé, appliquées dans ces derniers temps, l'ont encore perfectionné.

M. **Charmeil** montre que l'épingle est animée de mouvements. Elle serait donc de bifurcation de la bronche droite. Le pronostic est assombri par l'imminence de complications infectieuses.

M. **Le Fort** insiste sur la fréquence de la propulsion vers la droite et le lobe inférieur, des corps étrangers des bronches.

Onychose peladique

M. **Charmeil** soumet à l'examen de la Société le cas d'un malade atteint de pelade du cuir chevelu, et dont les ongles des mains présentent de fines cannelures longitudinales qui sont cause de fragilité. L'ongle est un tissu différencié qui réagit de même façon vis-à-vis de causes étrangères les unes aux autres.

Ces lésions d'onychorrhexis, coïncidant avec des altérations du cuir chevelu, ont attiré l'attention de DARIER, LE SOURD, HEUSS, etc. Elles viennent à l'appui de la doctrine névro-trophique de la pelade.

Hernie inguinale de la trompe et de l'ovaire

M. **Lambret** présente une trompe et un ovaire extirpés au cours d'une cure radicale de hernie faite chez une jeune fille de vingt-deux ans. La hernie était apparue vers l'âge de dix ans ; elle formait une tumeur du volume d'un œuf de poule située à la région inguinale gauche et descendant

vers la grande lèvre correspondante. Elle était en très grande partie réductible, mais après réduction il persistait dans le sac herniaire une petite masse dure, un peu étalée qui roulait sous le doigt.

Ce pouvait être un petit kyste du canal de Nück distendu, d'où sa dureté ; mais il était plus vraisemblable de croire qu'il s'agissait de l'ovaire, car la petite tumeur devenait très douloureuse au moment des règles. La malade était vierge et d'un caractère pusillanime, en sorte que les touchers vaginal et rectal ne furent pas pratiqués pour déceler la connexion possible avec l'utérus de la petite tumeur herniaire; les indications de la cure radicale étaient d'ailleurs suffisantes.

Après dénudation et libération du sac jusqu'à l'anneau, M. Lambret ouvrit la cavité et il fut facile de constater que la tumeur non réductible constatée à la palpation était formée par la trompe et l'ovaire un peu atrophié. On ne pouvait songer à les conserver car ils s'inséraient sur le sac lui même ; ils furent réséqués le plus haut possible et la cure radicale effectuée suivant le procédé habituel.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Parmi les récentes mutations survenues parmi les officiers du **Corps de santé militaire** nous relevons la désignation de M. le docteur Bailly, comme médecin aide-major de 2e classe au 110e d'infanterie à Dunkerque.

Année scolaire 1904-1905 (2e Semestre)

TABLEAU DES HEURES DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES

Répartis entre les différentes années d'Études

du 1er Mars au 31 Juillet 1905

Première année de Médecine

LUNDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux pratiques d'histologie.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de pathologie interne.	de 4 h. à 5 h.
	Conférences de physiologie	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux pratiques de physiolog.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
MERCREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux pratiq. de physique biologique.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de pathologie interne.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de physique biologique.	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux pratiques de physiolog.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe	de 5 1/4 h. à 6 h. 1/4
VENDREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux pratiques d'histologie.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de pathologie interne.	de 4 h. à 5 h.
	Conférences de physiologie	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux pratiques d'histologie	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4

Deuxième année de Médecine

LUNDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux prat. de physiologie	de 2 h. à 4 h.
	Cours de pathologie interne.	de 4 h. à 5 h.
	Conférences de physiologie	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux pratiques de physiolog.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
MERCREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux pratiques de chimie	de 2 h. à 4 h.
	Cours de pathologie interne.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de physiologie	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux prat. de physiologie	de 2 h. à 4 h.
	Cours de chimie biologique	de 5 h. à 6 h.
	Cours de pathologie externe.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
VENDREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux pratiques d'histologie.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de pathologie interne	de 4 h. à 5 h.
	Conférences de physiologie	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux prat. d'histologie	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4

Troisième année de Médecine

LUNDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 2 h. à 3 h.
	Cours de pathologie interne	de 4 h. à 5 h.
	Cours et exercices prat. de parasit.	à 5 h.
MARDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Cours de méd. opérat	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4
MERCREDI	Clin. méd. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 2 h. à 3 h.
	Cours de pathologie interne.	de 4 h. à 5 h.
	Cours et exercices prat. de parasit.	à 5 h.
JEUDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Cours de médecine opératoire	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
VENDREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 2 h. à 3 h.
	Cours de pathologie interne.	de 4 h. à 5 h.
	Cours et exercices prat. de parasit.	à 5 h.
SAMEDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Cours de médecine opératoire	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

Quatrième année de Médecine

LUNDI	Clinique ophtalmologique	de 10 h. à 11 h.
	Cours lib. de méd. lég. (acc. de trav.)	de 2 h. à 3 h.
	Cours de médecine légale	de 3 h. à 4 h.
	Cours de pathologie interne	de 4 h. à 5 h.
	Clinique obstétricale	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/2.
MARDI	Clinique ophtalmologique	de 10 h. à 11 h.
	Travaux prat. de médec. lég.	de 2 h. à 3 h. 1/2.
	Travaux prat. de bactériologie	de 3 h. 1/2 à 5 h.
	Cours de bactér et d'hygiène.	de 5 h. à 6 h.
MERCREDI	Clinique chirurg. des enfants	à 10 h. 1/4.
	Cours d'hyg. de la 1re enfance.	de 2 h. à 3 h.
	Cours de médecine légale.	de 3 h. à 4 h.
	Cours de pathologie interne.	de 4 h. à 5 h.
	Clinique obstétricale	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/2.
JEUDI	Clinique ophtalmologique	de 10 h. à 11 h.
	Trav. prat. de méd. légale	de 2 h. à 3 h. 1/2.
	Travaux prat. de bactériologie	de 3 h. 1/2 à 5 h.
	Cours de bactér. et d'hygiène.	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clinique chirurg. des enfants	à 10 h. 1/4.
	Cours lib. de méd. lég. (aliénés).	de 2 h. à 3 h.
	Cours de médecine légale	de 3 h. à 4 h.
	Cours de pathologie interne.	de 4 h. à 5 h.
	Clinique obstétricale	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/2.
SAMEDI	Conférence du lab. des cliniques	à 8 h. 1/2.
	Clin. chirurg. des enfants.	à 10 h. 1/4.
	Cours d'hyg. de la 1re enfance	de 3 h. à 4 h.
	Cours de bactér. et d'hygiène	de 5 h. à 6 h.

Les élèves de 1re, 2e et 3e années de Doctorat sont, au début de chaque semestre, en ce qui concerne les cliniques, partagés en deux groupes, dont l'un est attaché à la clinique médicale et l'autre à la clinique chirurgicale.

Première année de Pharmacie

LUNDI	Cours de matière médicale et bot. . de 9 h. à 10 h. Trav. prat. de chimie organ. . de 2 à 5 h.
MARDI	Cours de physique. . . . . . . de 9 h. à 10 h. Cours de chimie organique . . à 10 h.
MERCREDI	Conf. d'hydrol. et de minéral, de 4 h. à 5 h. Cours de physique biolog. de 5 h. à 6 h.
JEUDI	ours de matière médicale et botan. . de 9 h. à 10 h. Cours de chimie biologique . . . . . . de 4 h. à 5 h.
VENDREDI	Cours de physique . . . . . . de 9 h. à 10 h. Cours de chimie organique . . à 10 h. Travaux pratiques de chimie . de 2 h. à 4 h. 1/2 Conf. d'hydrol. et de minéral. de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2.
SAMEDI	Cours de matière médicale et botanique, de h. à 10 h. Travaux pratiques de chimie . de 2 h. à 5 h.

Deuxième année de Pharmacie

LUNDI	Cours de matière médicale et botanique, de 9 h. à 10 h. Travaux pratiques de chimie . de 2 h. à 5 h.
MARDI	Cours de physique de 9 h. à 10 h. Cours de chimie organique . . à 10 h. Cours de bactériologie. . . . . de 5 h. à 6 h.
MERCREDI	Conf. d'hydrol. et de minéral. de 4 h. à 5 h. Cours de phys. biologique . . de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours de matière médic. et botanique de 9 h. à 10 h. Cours de chimie biologique de 4 h. à 5 h. Cours de bactériologie . . . . de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Cours de physique . . . . . de 9h. à 10 heures. Cours de chimie organique. à 10 h. Trav. prat de chimie organ., de 2 h. à 4 h. 1/2 Conf d'hydrol. et de minéral de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2.
SAMEDI	Cours de matière méd. et botan. de 9 h. à 10 h. Trav. prat. de chimie org. . . . de 2 h. à 6 h. Cours de bactériologie. . . . . . de 5 h. à 6 h.

Troisième année de Pharmacie

LUNDI	Cours de matière médic. et botan. de 9 h. à 10 h. Travaux prat. de micrographie. . de 2 h. a 4 h.
MARDI	Cours de physique, de 9 h. à 10 h. Cours de chimie organique à 10 h.
MERCREDI	Cours libre de législation pharmaceutique, à 10 h. Cont. d'hydrol. et de minéral . . . de 4 h. à 5 h. Travaux prat. de pharmacie. . . . de 2 h- à 4 h. Travaux prat. de micrographie . . de 8 h. à 10 h. Cours de physique biolog . . . . . de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours de matière méd. et botan de 9 h. à 10 h. Travaux prat. de physique . . . de 2 h. à 4 h. Cours de chimie biologique de 4 à 5 h.
VENDREDI	Cours de physique de 9 h. à 10 h. Cours de chimie organique à 10 h. Conf. d'hydrol. et de minéral. de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2.
SAMEDI	Cours de matière médicale et botanique de 9 h. à 10 h. Trav. prat. de pharmacie de 2 h. à 4 h.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — Ont été élus correspondants nationaux le 28 février, MM. les docteurs JOLYET, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; MASSOL, professeur à l'école de médecine de Montpellier.

Notre Carnet

Le 2 mars, a été célébré à Eaubonne (Seine-et-Oise), le mariage du docteur Michel DE CHABERT, de Roubaix, ex-interne des hôpitaux de Lille, avec Mademoiselle Marguerite NICOLAS. Ceux de ses maîtres et de ses amis qui assistaient à la cérémonie ont dit au jeune confrère leurs meilleurs souhaits. Les collaborateurs de ce journal l'assurent de tous leurs vœux de bonheur et de prospérité.

Le docteur DE CHABERT prend la direction de l'Institution des enfants arriérés d'Eaubonne, près Paris, fondée en 1889, par M. Otto et dirigée jusqu'à ce jour, par M. LANGLOIS.

— M. le docteur DESCHEEMACKER, de Lille, nous fait part de la naissance de sa fille EMILIE. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour l'enfant et pour Madame DESCHEEMACKER.

— M. le docteur BRÉHON, de Boyeffles, (Pas-de-Calais), nous fait part de la naissance de sa fille MARCELLE. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

UNIVERSITÉS

Besançon. — M. le docteur PRIEUR, professeur d'histologie, est nommé directeur pour trois ans de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

Poitiers. — M. le docteur BARNSBY est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Rouen. — M. le docteur DEVÉ, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé d'un cours de clinique médicale pendant le congé accordé à M. le professeur OLIVIER, sur sa demande et pour raisons de santé.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Benoit PONCET, de Saint-Benin-d'Azy (Nièvre) ; Achille DE BRINON, du Mont-Dore (Puy-de-Dôme) ; RAYNAUD, des Essarts (Vendée) ; VERRIE, de Bonon (Allier) ; CARAYA, de Roquecourbe (Tarn) ; MARVILLEY, de Jussey (Haute-Saône) ; HERBERT, de Ville-Even (Côtes-du-Nord) ; LEVÊQUE, de Tournon ; Clément JUGLAR, de l'Institut, à Paris.

VAN MERRIS, médecin principal en retraite, en résidence à Paris. Nous prions la famille de cet excellent confrère, qui fut président de la *Société centrale de médecine du Nord*, d'agréer l'expression de nos bien cordiaux sentiments de condoléance.

BIBLIOGRAPHIE

Les Médications préventives : Sérothérapie et Bactériothérapie, par le Dr L. NATTAN-LARRIER, chef de clinique de la Faculté de médecine de l'Hôtel-Dieu. Préface par le Dr NETTER, professeur agrégé à la Faculté de médecine. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart. *(Actualités Médicales)* : 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Ecrivant pour des médecins praticiens, M. NATTAN-LARRIER s'est donné pour but l'analyse des documents établissant l'utilité des vaccinations préventives dans les diverses maladies et l'étude des diverses indications de la méthodes variant pour chaque maladie.

La part la plus large a été accordée à la diphtérie. C'est contre elle que l'on est le plus souvent amené à pratiquer, les injections préventives. C'est sur elle que l'accord est le plus complet.

Les recherches sur les effets du vaccin anticholérique, antipesteux et antityphique sont également passées en revue.

Quand l'on parle de médication préventive contre une maladie, un rapprochement s'impose fatalement: à l'esprit et l'on se demande si ces médications se comportent comme la vaccine, si leur effet est aussi évident. L'action de tous ces nouveaux vaccins ressemble évidemment à celle du vaccin antivariolique, sans avoir toutefois dès l'heure présente atteint le même degré de perfection. On en sera quitte pour renouveler, s'il est besoin, les inoculations, comme l'on a été amené à pratiquer les revaccinations. L'intervalle sera naturellement plus court.

Voici un aperçu des matières traitées dans le volume de M. Nattan Larrier.

I. — Diphtérie : Historique. Mode de propagation de la diphtérie. Prophylaxie par le sérum Doses à injecter. Durée de l'immunité. Bénignité des diphtéries développées malgré l'injection préventive.

II. — Tétanos : Historique. Injections préventives de sérum en médecine vétérinaire. Indications des injections préventives chez l'homme. Résultats. Dose et renouvellement. Innocuité de l'injection préventive. Poudre de sérum Calmette.

III. — Infections à streptocoque : Scarlatine et sérum de Marmorek. Obstétrique.

IV. — Peste : 1, Sérothérapie préventive de la peste. Efficacité des inoculations. Durée de l'immunité. Doses. Renouvellement des doses. Accidents consécutifs aux injections. Indications. — 2, Inoculations par les cultures stérilisées. Procédé de Haffkine. Résultats de la méthode. Réduction de la mortalité parmi les inoculés. Durée de l'immunité Doses et procédés d'inoculation. Modification de la méthode de Haffkine. Essais de Yersin et de Carré.

V. — Choléra : Vaccin de Haffkine. Applications de la méthode de Haffkine. Début et durée de l'immunisation. Nature et vaccin. Doses. Accidents et symptômes. Résultats. Essais de sérothérapie préventive.

VI. — Fièvre jaune.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

7e Semaine, du 12 au 18 février 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	1
3 mois à un an	5	4
1 an à 2 ans	3	2
2 à 5 ans	4	3
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	6	3
40 à 60 ans	13	3
60 à 80 ans	11	12
80 ans et au-dessus	3	5
Total	54	35

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	2	5	10
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	1	1	3	»	1	»	»	3	»	»	1	»	»	6	16	7
Moulins, 24,947 hab.	»	1	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2	6	18
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	3	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	5	13	38
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	2	6	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	2	»	»	»	1	1	1	7	2	»	»	1	»	»	»	»	»	»	3	18	7
Esquermes 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	1	»	2	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	6	11	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	4
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2	6	14
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	4
Total	»	4	»	»	»	2	6	3	19	4	7	»	1	9	1	»	1	»	»	32	89	97

... rue Nicolas Leblanc

N° 426. Neuvième Année. N° 11. Le Numéro : **10** centimes 12 Mars 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* **Union postale : 6 fr.**

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS **3** *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

Nous inscrivons aujourd'hui pour la première fois, sur la liste des membres du Comité de rédaction de l'*Écho médical du Nord,* les noms de MM. les docteurs Georges Gérard, Ingelrans, Le Fort, Patoir, Potel, Painblan.

Tous nos lecteurs connaissent ces nouveaux collaborateurs, pour leur ardeur au travail et pour leur compétence particulière dans certaines branches de l'art médical. C'est dire qu'avec leur aide, le journal continuera ses traditions, vieilles de neuf ans déjà, de progrès et de sincérité scientifiques.

M. Patoir, professeur agrégé, est un clinicien avisé, à qui la syphiligraphie et les maladies du système nerveux sont familières, qui sait aussi apercevoir le côté médico-légal de certaines questions. Son clair bon sens, la franchise de sa plume promettent à nos lecteurs des articles savoureux et bien pensés.

M. Georges Gérard, professeur agrégé, mène de front l'enseignement de l'anatomie et l'exercice de l'oculistique; son savoir étendu, ainsi que ses recherches personnelles — nous avons eu la primeur de certaines d'entr' elles sur les anomalies rénales, du gros intestin, du cœur, — ne font pas tort à ses observations cliniques. Cette double orientation n'est que plus prometteuse pour notre journal; et nous savons notre collègue en mesure de ne nous ménager ni sa collaboration clinique, ni le résultat de ses investigations anatomiques.

M. Ingelrans, professeur agrégé, est depuis si longtemps de la maison, que ce doit paraître au lecteur une superfluïté de parler de sa prochaine collaboration. Ce qu'il fut comme secrétaire de la rédaction, il le restera comme membre du comité. Ses vastes connaissances générales, son culte pour les maladies du système nerveux, son humour, ne nous feront pas défaut pour le plus grand bien de nos lecteurs.

M. Le Fort, professeur agrégé, est un chirurgien sagace et que n'effraient point les nouveautés. Il n'est point du reste, tant s'en faut, un étranger pour les abonnés de notre journal. Si quelques-unes de ses « consultations » étaient marquées au loin de la sagesse et de la prudence, l'audace de certains de ses actes opératoires relatés ici même était suffisante pour que le tempérament de ce collaborateur ait été remarqué. M. Le Fort ne faillira pas à ces habitudes louables.

M. Potel est, lui aussi, depuis longtemps de la famille. Sa chirurgie est ingénieuse et documentée, facile et pratique; il n'est aucun de nos lecteurs qui n'ait profité sérieusement de la lecture de ses consultations, et qui n'ait trouvé de l'imprévu et de la saveur à la plupart des sujets qu'il a traités. L'histoire de la médecine, les vieux livres, sollicitent parfois sa plume. Ainsi la variété de ses connaissances, en fait un précieux collaborateur.

Quant à M. Painblan, ex-chef de clinique ophtalmologique, ses solides connaissances spéciales en oculistique, appuyées sur la pratique du laboratoire et de la clinique nerveuse qu'il possède, ont déjà été appréciées ici même; cet affable collègue continuera ses bons offices à l'endroit de nos lecteurs, et ceux-ci auront tout à gagner à le lire.

Ces nouvelles recrues que nous présentons aux lecteurs de l'*Écho médical du Nord,* contribueront, nous en avons la certitude, à faire ce journal toujours plus intéressant, toujours plus varié, toujours amélioré.

Nous serons encore aidé dans notre tâche par les docteurs Breton, J. Colle et Druchert, qui ont bien voulu accepter les fonctions de Secrétaires de la Rédaction. Ces jeunes confrères, chefs de clinique, ne sont pas des inconnus pour nos abonnés, qui trouveront notre choix justifié par ce qu'ils savent de leur passé.

C'est avec confiance que nous continuons, ainsi renforcés, à aller de l'avant.

Le Comité de Rédaction.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale de St-Sauveur

Service de M. le professeur **Folet**

Fibro-myxome du sinus maxillaire

Leçon recueillie par M. **Clodomir Dubois**, interne provisoire.

Messieurs,

Quoique je consacre volontiers mes leçons aux maladies courantes, banales, vulgaires, que vous aurez à chaque instant l'occasion de rencontrer dans votre pratique future et que par conséquent vous avez tout intérêt à bien connaître, je vais aujourd'hui, — une fois n'est pas coutume, — vous parler d'un malade porteur d'une tumeur rare.

Il s'agit d'un homme jeune, 29 ans, bien portant, et qui est venu nous voir pour une tumeur de la joue qui le gênait ou plutôt qui le défigurait ; car cette tumeur n'était nullement douloureuse, mais elle était inesthétique et c'est cette considération qui a amené le malade dans nos salles.

Sur la joue gauche, en effet, existait une tuméfaction bien visible ; la joue bombait de façon disgracieuse. Par la palpation, et à travers la peau et en mettant le doigt sous la lèvre, on sentait que cette bosse était dure, comme osseuse ; les parties molles n'étant pour rien dans cette tumeur qui faisait saillir toute la paroi antérieure du sinus maxillaire. Il semblait au premier abord que c'était cette même paroi épaissie, hyperostosée, qui constituait la saillie. Mais, en examinant avec attention, on constatait que en certains points la surface convexe de cette tumeur saillante se laissait un peu déprimer. Par exemple au niveau des premières molaires, on la sentait fléchir sous le doigt sur une petite surface de un centimètre carré environ. Cette dépressibilité partielle de la paroi du sinus n'allait pas jusqu'à donner la crépitation parcheminée qu'on rencontre quelquefois.

Pour donner cette sensation, la paroi doit être très amincie. Il faut pour qu'une lame osseuse à laquelle on imprime une dépression revienne sur elle-même avec une sorte de ressaut ou de vibration, que la minceur en soit extrême, que ce soit une lamelle papyracée, pelliculaire. Quand une cloison osseuse est seulement diminuée d'épaisseur et ramollie, elle cède sous le doigt mais ne vibre pas en revenant sur elle-même. Peut-être, si le malade était venu quelques mois plus tard, et que l'usure eût encore aminci la paroi sinusienne, eussions-nous alors perçu la crépitation parcheminée.

Nous avions donc affaire à une saillie de la paroi antérieure du sinus qui cédait à la pression exercée de dedans en dehors sur elle par une production quelconque développée dans la cavité sinusienne et qui y était encore exactement renfermée. La poussée de ce néoplasme ne s'exerçait que sur la paroi antérieure et ne faisait saillie d'aucun autre côté. Ni du côté de l'orbite : il n'y avait aucun trouble de la vision ni déviation de l'œil ; ni dans la bouche : on ne constatait aucune saillie de la voûte palatine ; ni du côté des fosses nasales, ou du pharynx, dont la liberté était complète.

Ayant diagnostiqué la présence d'une tumeur dans le sinus maxillaire, restait à déterminer sa nature. Ce n'était pas vraisemblablement une tumeur maligne. Il y a cinq ans et demi que notre malade s'est aperçu de la saillie de son maxillaire. Un cancer, sarcome ou épithéliome, aurait évolué bien plus vite surtout chez un sujet jeune. Je vous ai déjà dit souvent que le néoplasme malin participe de la vitalité de l'individu qui le porte, et qu'il marche d'autant plus vite que le sujet est plus jeune.

Nous avions donc affaire à une tumeur bénigne ; mais là s'arrêtaient nos inductions. Il ne nous était même pas possible de dire si cette tumeur était solide ou liquide.

Ce pouvait-être en effet une tumeur liquide tendue, soit un kyste muqueux comme en a décrit GIRALDÈS, soit un kyste d'origine alvéolaire ayant pénétré dans le sinus. Cette hypothèse était d'autant plus plausible que le malade a sa deuxième molaire qui manque et il en a souffert avant le développement de la tumeur.

Ce pouvait être une tumeur solide : un myxome, un fibrome, un chondrome, un ostéome, un odontome. Nous avions pensé à la possibilité d'un odontome, car la première molaire était énorme. Ce processus hyper-

trophique pouvait avoir atteint aussi bien la portion cachée que la portion visible de la dent.

Il n'y avait pas d'autre moyen d'établir le diagnostic que de faire une trépanation exploratrice qui fut pratiquée le 25 novembre 1904 : Après avoir mis le malade dans la position de Rose, nous avons fait une incision horizontale partant de la commissure labiale et allant à peu près jusqu'au milieu de la joue. Nous n'avons pas hésité à nous donner du jour car cette incision devait servir plus tard pour l'intervention radicale. Puis incision transversale de cinq centimètres environ sur la muqueuse qui à ce niveau se confond avec le périoste sous-jacent. Nous avons ainsi découvert la paroi antérieure du sinus, anormalement convexe. Dans cette paroi nous avons pratiqué, à l'aide d'une fine gouge et d'un marteau, une fenêtre rectangulaire à grand axe transversal ; et nous sommes arrivés sur la face antérieure de la tumeur r qui offrait un aspect gris bleuâtre et une apparence comme gélatineuse. On aurait dit du cordon ombilical. Le médecin qui m'avait adressé le malade et qui assistait à cette intervention exploratrice, notre distingué confrère le docteur Lamant (d'Haspres), croyant à une tumeur de mauvaise nature, me demanda si je ne comptais pas sur le champ enlever le néoplasme et même réséquer le maxillaire. Avant de me résoudre à cette extrémité, je voulus avoir la certitude que, malgré les données de la clinique qui militaient en faveur d'un néoplasme bénin, il s'agissait d'une tumeur mauvaise ; car, si c'était une production bénigne, on pouvait se borner à curer le sinus sans enlever le maxillaire. Je cueillis donc un morceau de la tumeur, en côte de melon, remettant à quelques jours l'intervention radicale, et réparant seulement par quelques points de suture la plaie opératoire de la joue.

Mon collègue le professeur Curtis, auquel je montrai le soir même le fragment enlevé, me dit qu'il en ferait des coupes ; mais que macroscopiquement cela ressemblait bien à du myxome, un peu plus ferme de consistance que les myxomes nasaux.

Le myxome est, vous le savez, cette production qui constitue les polypes des fosses nasales. Elle est formée de tissu conjonctif embryonnaire contenant une grande quantité de cellules et de mucine gélatiniforme accumulées dans des espaces aréolaires irréguliers. Elle a une structure rappelant celle du cordon ombilical, de la gélatine de Wharton. Cette masse, souvent pédiculée, est enveloppée d'une mince couche de cellules cylindriques à cils vibratiles. Dans la masse on trouve des pseudo-kystes sans paroi propre, à contenu séreux, colloïde ou graisseux.

En y réfléchissant, il ne m'étonnait pas qu'un myxome pût naître sur la muqueuse sinusienne, laquelle est, en effet, très analogue à la muqueuse nasale. Par l'ostium du sinus s'ouvrant dans le méat moyen, la muqueuse nasale se continue avec la muqueuse sinusienne et l'on peut dire que celle-ci est en quelque sorte un diverticule de la muqueuse des fosses nasales. L'identité entre ces deux muqueuses est parfaite et la continuité ininterrompue. Rien d'étonnant, par conséquent, à ce que des myxomes se développent sur la muqueuse sinusienne comme sur la nasale. Ils n'y sont pas très fréquents ; mais on en a trouvé. Luschka le premier les a signalés dans l'antre d'Highmore ; puis Heymann a rencontré quatorze fois des myxomes sinusiens presque tous implantés par une large base dans les parties voisines des fosses nasales et faisant souvent, à cause de cette origine, irruption vers les fosses nasales. Pourquoi, d'ailleurs, ne pourraient-ils naître sur un autre point plus profond du sinus ?

Nous en étions là de nos réflexions quand j'appris que par un examen microscopique, M. Curtis avait constaté qu'il s'agissait non pas d'un myxome comme il l'avait cru à première vue, mais bien d'un fibrome. Voici d'ailleurs la première note qu'il m'envoya à ce sujet :

Le fragment remis hier, 26 novembre, provenant d'une tumeur du sinus, est une production fibreuse beaucoup plus dense que je ne le préjugeais. C'est en somme un fibrome du sinus et non pas un myxome. Rien ne permet de croire à une nature maligne du néoplasme ; je crois toutefois que les fibromes du sinus sont sujets à récidive.

Cette seconde opinion de M. Curtis n'était pas absolument contradictoire à la première, myxome et fibrome étant des tumeurs de la même famille. Elles ressortissent toutes deux du tissu conjonctif. Ce tissu conjonctif est plus dense et à un stade d'évolution plus avancé dans le fibrome ; il est à l'état cellulaire et embryonnaire et noyé en un mucus gélatiniforme dans le myxome ; mais les deux tumeurs sont au fond de même espèce. On pourrait presque dire que le myxome est un fibrome mou et le fibrome un myxome dur. Et je puis même vous dire tout de suite que l'examen complet de ce néoplasme, fait après l'abla-

tion que je vais vous décrire, a révélé une tumeur composite : fibrome à certains points, myxome en d'autres, avec tous les degrés de transition. Voici la note définitive qui m'est venue du laboratoire d'anatomie pathologique.

La tumeur nous a été remise à l'état de fragments. Ils constituent une masse d'environ vingt-cinq grammes, du volume, dans leur ensemble, d'une mandarine. Ces fragments sont blanc rosé, d'aspect charnu, tachetés de stries et de plaques hémorrhagiques, les uns plus fermes, les autres mous et de consistance presque mucoïde.

Les coupes faites sur divers morceaux permettent de distinguer les détails suivants :

1° Les fragments les plus durs sont constitués uniquement de faisceaux de fibres conjonctives rectilignes ou ondulées qui s'entrecroisent en tous sens, formant des nappes plus ou moins étendues d'un tissu fibreux adulte. Les éléments fixes du tissu conjonctif paraissent régulièrement espacés le long des fibres, sans modifications dans leur nombre ni leur volume. Au milieu de ce tissu fibreux serpentent des vaisseaux assez volumineux, remplis de sang, et donnant par places des petites hémorrhagies interstitielles.

2° Les bourgeons plus mous ne diffèrent des précédents que par une plus grande abondance de matière amorphe répandue entre les faisceaux conjonctifs. On trouve ici tous les intermédiaires entre le tissu fibreux pur et le tissu muqueux proprement dit. En certains points, en effet, la matière amorphe dissocie complètement les fibres conjonctives, et forme des traînées et des plages d'un tissu mucoïde, transparent, parsemé de cellules étoilées anastomosées. La substance amorphe présente ici toutes les réactions de la matière muqueuse ; elle se colore en violet par l'hématoxyline, en rouge par le mucin carmin de Meyer. La structure du myxome est donc bien caractérisée, on retrouve dans ces régions des vaisseaux gorgés de sang et de petites hémorrhagies diffuses, interstitielles.

En somme, dans ce néoplasme on trouve la structure du tissu fibreux adulte passant en certains points au tissu muqueux proprement dit. On peut donc qualifier cette tumeur du nom de *fibro-myxome*, production qui d'ordinaire offre un caractère bénin.

Dr F. Curtis.

Enfin, Messieurs, fibrome ou myxome, nous avions affaire à une tumeur bénigne. S'il s'était agi d'une tumeur maligne nous aurions dû enlever, sans souci de l'esthétique, non seulement la tumeur mais encore le maxillaire où elle était enfermée. Ici il n'était vraiment pas nécessaire d'enlever le maxillaire en totalité, mais il fallait enlever la tumeur tout entière et détruire soigneusement le point d'implantation, amorce de récidive, tout en évitant le plus possible les déformations trop grandes. Pour y voir clair il était indispensable de trépaner le sinus, c'est-à-dire d'enlever toute sa paroi antérieure. Rappelez vous votre anatomie du squelette de la face en regardant ce crâne sur lequel j'ai précisément enlevé toute la portion qu'il s'agissait d'enlever sur notre malade, soit toute la paroi sinusienne antérieure. Par ce trou béant vous apercevez toute la cavité du sinus, beaucoup plus vaste qu'on ne se l'imagine en voyant un maxillaire supérieur intact. Cette cavité, cet antre d'Highmore, a vaguement la forme d'une pyramide triangulaire dont la base située en haut correspond à la face inférieure de l'orbite, et le sommet à l'arcade dentaire. Les trois faces sont l'une antérieure répondant à la fosse canine, c'est celle qui manque sur cette pièce ; l'autre externe, correspondant à la fosse zygomatique ; la troisième interne forme la paroi externe des fosses nasales. C'est sur cette dernière paroi que se trouve l'ostium sinusien faisant communiquer le sinus avec les fosses nasales. Cet ostium s'ouvre dans le méat moyen.

Le 28 novembre, je pratiquai cette trépanation du sinus. L'opération fut simple : j'ai rouvert l'incision de la commissure, relevé la lèvre supérieure et largement agrandi l'ouverture faite au périoste. Puis, profitant de la fenêtre déjà existante, j'ai, au moyen de la pince-gouge, grugé et détruit fragment par fragment toute la paroi antérieure. Puis j'ai enlevé par morcellement la tumeur qui remplissait le sinus. Elle épousait toutes les anfractuosités du sinus dans la cavité duquel elle était hermétiquement encastrée et moulée ; et, pour l'avoir en totalité, j'ai dû râcler les parois, curer. Vous vous rappelez à quoi je comparais la manœuvre : il semblait que je vidais un œuf à la coque.

Pour éviter la récidive, j'avais l'intention de détruire le point d'implantation soit par le thermocautère, soit par un attouchement caustique. La tumeur s'insérait nettement vers la partie inférieure, antérieure et externe du sinus, vers l'arcade dentaire. Or, pendant les manœuvres en tous sens que je dus faire pour curer et vider complètement le sinus, le point d'implantation osseux s'est brisé par morceaux et s'en est allé en miettes. C'était la meilleure des abrasions. Après avoir lavé soigneusement la cavité sinusienne, j'ai rabattu par devant la muqueuse et le périoste, comme un rideau de théâtre s'abaisse devant une scène, de façon à fermer l'antre d'Highmore, et l'ai fixé par quelques points de suture, en laissant à

la partie inférieure un drainage (qui n'est resté que six jours). Puis j'ai terminé par les sutures de la joue et de la lèvre. Lavage de la bouche à l'eau oxygénée étendue. Suites très simples. (Le malade est sorti de l'hôpital douze jours après l'opération).

Voilà une tumeur dont on comprend maintenant très bien les particularités de développement. Ce polype évoluait depuis dix ans ou davantage, mais le malade ne s'en est pas douté tant que le volume de cette tumeur n'a pas dépassé le volume de la cavité sinusienne. A un moment donné elle a rempli cette cavité. A partir de ce moment elle a commencé à manifester extérieurement sa présence.

Comment une tumeur molle comme celle-ci arrive-t-elle à déjeter et à faire bomber une paroi dure, osseuse comme la paroi antérieure du sinus ? C'est que rien ne résiste à la poussée, même d'un corps peu consistant, quand cette poussée est constante, incessante, sans trêve. Rappelez-vous ce qui se passe dans les anévrysmes de l'aorte où une tumeur très molle mais exerçant un effort lent et continu, non seulement déforme et déjette des os très résistants comme le sternum et les côtes, mais même use ces os, les détruit par résorption lente. Le même phénomène se passe ici. La paroi antérieure et la paroi interne du sinus sont surtout dépressibles. Assez souvent, c'est la paroi interne qui cède ; on a alors des troubles de la respiration nasale. Ici, c'est la paroi antérieure qui a été forcée. Il y a cinq ans et demi que le malade s'est aperçu de la présence de sa tumeur ; c'est-à-dire qu'à ce moment, née depuis plusieurs années sur un point correspondant à l'arcade alvéolaire, elle remplissait le sinus et commençait à presser sur les parois. C'est l'antérieure qui a cédé, et il est vraisemblable que, si la tumeur avait continué à évoluer, la paroi, très amincie et devenue papyracée, aurait donné dans quelque temps la crépitation parcheminée, puis aurait lentement disparu par usure, laissant le fibrome apparaître libre sous la muqueuse de la fosse canine.

Je compte qu'aujourd'hui, ce néoplasme bénin ayant été complètement enlevé, son point d'implantation osseuse détruit, la guérison définitive est acquise ; et, je l'espère, sans défiguration, la paroi fibro-muqueuse qui ferme en avant le sinus, soustendant suffisamment les téguments pour qu'il n'y ait autre chose qu'une très minime dépression de la joue, si même cette très légère tare persiste.

4 février 1905. — J'ai revu aujourd'hui l'opéré, après deux mois. La guérison est parfaite. La fermeture de l'antre d'Highmore par le rideau périostéo-muqueux rabattu devant la large trépanation faite au sinus, est absolument complète. Il n'y a pas d'enfoncement des téguments à cet endroit. Le voile fibreux qui constitue la paroi sinusienne antérieure est si fortement tendu, si solide, si résistant à la pression, que l'on croirait vraiment qu'une reproduction osseuse se fait, et est déjà en très bonne voie.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 10 Février 1905

Présidence de M. Surmont, président.

Un cas de paralysie pseudo-hypertrophique

MM. Ausset et Petit présentent un jeune malade atteint de paralysie pseudo-hypertrophique.

Voici le résumé de l'observation :

J. P., dix ans. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Ni frère, ni sœur. A eu quelques maladies de l'enfance : Gastro-entérite, rougeole, varicelle, coqueluche.

Histoire de la maladie. — L'enfant n'a jamais présenté de paralysie complète des membres inférieurs ; le père nous dit que lorsqu'il était tout petit il remuait les jambes sans force. Vers l'âge de un an, alors que l'accroissement paraissait normal, l'enfant commença à marcher, mais il tombait souvent sur le front, sans même avoir le temps de porter les mains en avant pour atténuer sa chute. Depuis ce temps les symptômes n'ont fait qu'empirer.

Examen du malade. — Attitude spéciale : L'enfant pour rester en équilibre écarte les jambes et porte le tronc en avant : on note une ensellure lombaire marquée. Démarche hésitante : les jambes sont écartées, équinisme très marqué des deux côtés. Genu valgum bilatéral. L'enfant, quand il se baisse, ne peut se relever qu'en prenant point d'appui sur ses cuisses sur lesquelles il grimpe en quelque sorte. Il lui arrive encore souvent de tomber.

Force considérablement diminuée dans les différents groupes musculaires et d'une façon symétrique. L'extension de la jambe est surtout difficile : l'enfant lance la jambe pour l'étendre sur la cuisse.

Les muscles de la colonne vertébrale ne présentent qu'une résistance très faible lorsqu'on fléchit le tronc après avoir ordonné à l'enfant de se tenir bien droit.

Aspect des membres caractéristique : air du « faux hercule » ; les mollets sont gros mais n'ont pas la consistance musculaire.

Réflexes rotuliens abolis des deux côtés. Sensibilité normale.

Du côté des mouvements supérieurs il n'y a jamais eu de gêne des mouvements : cependant les bras sont grêles et la force musculaire n'est pas bien grande. Rien à la face. Rien aux organes.

En somme : cas classique de paralysie pseudo-hypertrophique, affection assez rare pour qu'il ait paru intéressant de présenter le jeune malade qui en est atteint.

M. **Bédart** connaît un malade atteint de paralysie pseudo-hypertrophique, qui, exceptionnellement, a vécu jusqu'à l'âge de quarante ans.

Kyste du cordon avec hydrocèle

M. **Petit** présente un kyste du cordon enlevé dans le service de M. le professeur Folet par M. Colle, chef de clinique, et lui-même.

Il s'agit d'un jeune garçon de seize ans chez lequel on avait fait le diagnostic d'hydrocèle.

La vaginale ouverte (elle contenait du liquide), on s'aperçut qu'un kyste y était contenu et comme ce kyste remontait jusqu'à l'anneau inguinal externe on se rendit compte que c'était là un kyste du cordon qui, à la faveur de l'hydrocèle concomitante, avait refoulé la vaginale dans laquelle il faisait hernie.

C'est un kyste par persistance du canal vagino-péritonéal, il présente plusieurs étranglements et se continuait en haut avec un petit cordon plein qui lui servait de pédicule.

Division congénitale du palais, et du voile du palais, y compris la luette, chez un homme de 28 ans.

M. **Julien** montre un jeune homme de vingt-huit ans qui est venu le consulter pour un accident de travail, une légère entorse du coude.

Son attention, en l'interrogeant, a été attirée par la difficulté qu'il éprouvait à articuler ses paroles, par sa voix nasonnée.

Cet homme présente en effet une division congénitale bien accusée du palais, du voile du palais et de la luette.

Cette malformation ne semble pas l'ennuyer beaucoup. La mastication (la dentition est complète) et la déglutition se font très facilement. Jamais les aliments ni les boissons ne repassent par le nez.

Il fume également sans aucun inconvénient, jamais il n'a la moindre inflammation de la gorge ou du nez. Malgré la difficulté de la parole on comprend très bien ce qu'il dit et ce qu'il lit.

Dans ces conditions, le Dr Julien se demande s'il y a réellement intérêt pour le malade à pratiquer une opération autoplastique uniquement dirigée contre des troubles phonétiques en somme peu accusés. Il n'est d'ailleurs pas prouvé qu'une intervention puisse amener, à son âge, une rééducation de la voix.

M. **Descarpentries** cite le cas d'une jeune fille de 18 ans, que M. le professeur Gaudier compte opérer avec succès.

M. **Le Fort** insiste sur la difficulté à rééduquer les sujets âgés, après restauration du voile du palais.

Fibrome de l'ovaire

M. **Lambret** présente un fibrome de l'ovaire, tumeur rare par elle-même, qui fut enlevé dans les circonstances suivantes.

Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, ayant eu déjà trois enfants, qui présentait un retard de deux mois. Elle affirmait ne pas être enceinte et à cause de cela se fit examiner. A l'examen on trouva une tumeur du cul-de-sac postérieur, remarquable par sa dureté et sa fixité. Elle n'était pas délimitable d'avec l'utérus. Le col de celui-ci était mou et permettait de penser à la gravidité. Le diagnostic était resté en suspens entre tumeur de l'ovaire ou grossesse intra-utérine. L'opération montra que le premier était exact. La tumeur était un fibrome pur de l'ovaire, enclavé dans le petit bassin. Ce fibrome coexistait avec un utérus gravide. La grossesse a continué son cours après l'opération.

M. **Le Fort** rappelle qu'il a présenté au Congrès de gynécologie de Rouen (1904) une observation de fibrome de l'ovaire. La tumeur pesait 33 livres et mesurait, sur la table et après extraction, 1m18 de tour. Au cours de l'extirpation il fallut lier provisoirement l'artère iliaque primitive et réséquer un tiers de la vessie. La tumeur s'était développée sous le péritoine qu'elle avait décollé. La malade a parfaitement guéri.

Les neurofibrilles dans la paralysie générale

M. **Raviart** montre au nom de M. Chardon et au sien, des préparations histologiques de l'écorce cérébrale d'un paralytique général, traité par la nouvelle méthode de Ramon y Cajal.

On peut constater que les modifications présentées par les neurofibrilles sont considérables: elles consistent dans leur fragmentation, leur raréfaction et même dans de nombreux éléments dans leur disparition. Les grandes cellules pyramidales semblent de tous les éléments être les moins touchées.

La lésion n'intéresse pas seulement les réseaux intracellulaires et il est aisé de se rendre compte que la trame neurofibrillaire intercellulaire est également altérée.

Ces constatations auxquelles on devait du reste s'attendre, étant donné l'atteinte profonde subie par les éléments du système nerveux dans la paralysie générale, concordent pleinement avec celles faites par MM. Marinesco, Gilbert-Ballet, Laignel, Lavastine.

Sur la technique de la détermination du coefficient azoturique et sur l'importance de quelques causes physiologiques et pathologiques qui font varier ce coefficient.

M. Dehon, après avoir rappelé l'intérêt qu'a pris, en clinique, depuis quelques années, la détermination du coefficient azoturique ou rapport de l'azote uréique à l'azote total, insiste d'abord sur la nécessité d'une minutieuse récolte des urines et sur celle du choix de méthodes rigoureuses pour le dosage de l'urée et celui de l'azote total, en vue de la détermination de ce coefficient.

Une première cause d'erreur qui intervient, souvent, en pratique, lors de la détermination du rapport azoturique est celle qui tient à la *fermentation ammoniacale de l'urine* dont la récolte a été défectueuse.

Il est nécessaire que les flacons dans lesquels doivent se faire, directement et sans transvasements intermédiaires, les émissions d'urines, soient *non seulement propres* mais *stériles;* il est également indispensable de déposer un antiseptique, dans ces récipients, pour empêcher que le chiffre de l'ammoniaque urinaire ne soit faussé, parfois dans des proportions considérables, au détriment du chiffre de l'azote uréique. M. le professeur E. GÉRARD a montré (1) l'importance de l'erreur tenant à la fermentation ammoniacale de l'urine, fermentation que le fluorure de sodium à la dose de 5 0/00 entrave complètement.

En ce qui concerne le *dosage de l'urée*, il faut, de toute nécessité, abandonner sans exception les méthodes « cliniques » : c'est-à-dire celles à l'hypobromite de soude ; la grandeur des oscillations entraînées par l'emploi de ces méthodes dans l'évaluation des échanges azotés peut dépasser celle des variations que l'on se propose d'estimer, même à l'état pathologique. Un petit nombre de procédés seulement sont à retenir, en raison de leur précision et de leur maniement relativement aisé : ce sont celui de MOERNER et SJOEQVIST et celui de FOLIN. M. DEHON, se basant sur ses propres recherches, qui portent sur plus de deux cents dosages d'après FOLIN pense, avec SALLERIN (2), que la méthode de FOLIN doit être considérée, à l'heure actuelle, comme ayant définitivement acquis droit de cité en chimie clinique pour le dosage de l'urée, quand on a en vue l'établissement du rapport azoturique.

Pour le *dosage de l'azote total*, on doit utiliser la méthode de KJELDAHL, dans toute sa rigueur, et rejeter la simplification de ce procédé qui consiste à évaluer, à l'état d'azote mis en liberté par l'hyprobomite de soude (procédé dit de KJELDAHL-HENNINGER), le sulfate d'ammoniaque obtenu au cours de la destruction des composés azotés par l'acide sulfurique, en présence du mercure : on doit recourir à la distillation du sulfate d'ammoniaque, après précipitation du mercure. M. DEHON a utilisé, pour cette précipitation, le procédé à l'hypophosphite de soude recommandé par MAQUENNE et ROUX (1), comparativement à l'ancien procédé au monosulfure de sodium. De cinquante-sept dosages faits parallèlement en double par les deux méthodes, il ressort que la modification de MAQUENNE et ROUX apportée au procédé de KJELDAHL abrège la durée du temps de chauffe pour la distillation, tout en facilitant l'appréciation finale des résultats de l'opération : c'est-à-dire le titrage en retour de l'acide sulfurique.

(1) E. GÉRARD et C. DEMAN : Sur le dosage de l'ammoniaque dans les urines. *Echo médical du Nord* : 20 décembre 1903.

(2) SALLERIN : Sur le dosage de l'urée et sur la détermination du rapport azoturique : *Thèse doct. de l'Université de Lille*, 1903.

Frappé des fluctuations du coefficient azoturique qu'il a souvent constatées, à peu d'intervalle, chez les mêmes malades, à l'occasion de nombreuses déterminations de ce coefficient faites au laboratoire de M. le professeur SURMONT, M. DEHON s'est demandé quelle influence peuvent avoir sur le rapport azoturique (toutes précautions étant prises pour éviter les causes d'erreur signalées plus haut et résultant d'une technique défectueuse) un certain nombre de facteurs auxquels on n'attache pas assez d'importance, d'ordinaire, en clinique :

1) *Influence de l'alimentation :* D'expériences instituées chez deux sujets normaux et chez sept malades, il résulte les constatations suivantes :

a) Chaque organisme possède une formule d'excrétion azotée urinaire qui paraît stable autour d'un point fixe, quelle que soit la composition du régime alimentaire, à la condition que le rapport azoturique soit déterminé après quatre jours au moins de ce régime demeuré invariable, qualitativement et quantitativement, pendant chacune des quatre périodes de vingt-quatre heures.

Ce fait s'est montré constant chez les neuf sujets : malades et normaux, même en cas de changement considérable dans la composition de deux régimes successivement suivis chacun pendant quatre jours au moins, par un même sujet et respectivement invariables pendant chaque nychtémère.

b) L'addition, à la ration azotée d'un régime donné, d'une certaine quantité d'azote a pour effet *immédiat* l'abaissement *momentané* du rapport azoturique, qui, dès le troisième ou le quatrième jour, revient à son type habituel si l'augmentation de la ration azotée est demeurée constante durant chaque période de vingt-quatre heures. L'abaissement peut atteindre 5 0/0.

c) La diminution de la ration azotée au profit de la ration hydrocarbonée d'un régime donné, a pour effet *immédiat* l'élévation *momentanée* du coefficient azoturique, qui, dès le troisième ou le quatrième jour, revient à son type habituel si les rations hydrocarbonée et azotée sont demeurées invariables pendant chaque période de

(1) MAQUENNE et ROUX : Annales agronomiques, 1899. Page 76.

vingt-quatre heures : l'ascension du rapport a atteint jusqu'à 4 0/0.

2. *Influence de l'inanition.* — a) Le résultat de l'inanition prolongée, telle qu'elle est réalisée en clinique par le rétrécissement cicatriciel du pylore, amène un notable abaissement du coefficient azoturique.

Ainsi, chez deux malades qui présentaient une sténose pylorique ancienne, le coefficient qui était de 0,57 chez l'un et de 0,68 chez l'autre, la veille de la gastroentérostomie qui fut pratiquée chez chacun d'eux, passa à 0,94 pour le premier et à 0,89 chez le second, dès le quatrième jour après l'opération et alors que l'alimentation mixte habituelle avait été rétablie.

b) La reprise de l'alimentation chez les inanitiés détermine des oscillations ascendantes du coefficient azoturique qui peuvent être considérables et dépasser la valeur habituelle de ce coefficient, avant de se fixer au voisinage de cette dernière valeur.

Cette proposition se vérifie chez les deux malades gastroentérostomisés. Pour l'un d'eux le coefficient azoturique qui resta définitivement voisin de 0,85, avait atteint 0,94 ; pour le second le chiffre final : 0,83 avait été dépassé de 6 0/0.

3. *Influence de l'évacuation des liquides d'œdème.* — Les recherches poursuivies, à différentes reprises, chez un cardiaque avec énorme foie scléreux et œdème des jambes très considérable, montrent que l'évacuation, par le rein, d'une grande quantité de liquide d'œdème, peut faire baisser le coefficient azoturique dans une proportion notable. On observa, une fois, chez ce malade, sous l'influence de l'élimination rénale des œdèmes, un abaissement de 0,76 à 0,65 : soit 11 0/0.

De ses recherches ici résumées, M. Dehon pense devoir tirer les *conclusions pratiques* suivantes :

1) Lorsqu'on n'est certain, ni de l'intégrité des urines assurée par une récolte minutieuse, ni de l'exactitude des méthodes analytiques employées pour l'établissement du coefficient azoturique, s'abstenir de demander la détermination de ce rapport : l'interprétation de résultats chimiques mal établis pouvant entraîner des erreurs cliniques et thérapeutiques même.

2) Nécessité absolue de mettre à un régime invariable, pendant quatre jours, tout sujet normal ou malade dont on veut déterminer le coefficient azoturique ; le régime constant adopté pourra être approprié à l'état des sujets, s'il s'agit de malades.

3) Ne pas établir le coefficient azoturique chez un sujet qui sort d'une période d'inanition, avant qu'il ait repris son état d'équilibre nutritif, ce qui nécessite plusieurs jours.

4) Ne pas établir le rapport azoturique d'un sujet en train d'éliminer ses œdèmes par l'émonctoire rénal, si l'on veut être renseigné exactement sur la formule de ses échanges azotés.

M. **Gérard E.** félicite M. Dehon de son travail, et montre les difficultés à surmonter pour obtenir de tels résultats. Il examine l'influence de la technique employée par l'auteur sur l'étude des échanges nutritifs intra-organiques.

M. **Surmont** insiste sur l'utilité d'obtenir la formule des combustions azotées de l'économie, et sur la nécessité de rechercher, à cet effet, un procédé de laboratoire dont les résultats ne puissent être faussés. La méthode à base d'hydrobromite de soude est trop souvent sujette à caution. Au point de vue médical pur, M. Surmont juge inutile d'établir le coefficient azoturique d'un malade en train d'éliminer ses œdèmes, ou soumis à une thérapeutique diurétique, qu'il s'agisse de digitale ou de caféine.

Nouveau masque à chloroforme du docteur Sudeck de Hambourg

M. **Descarpentries** présente au nom de M. Gaudier, un nouveau masque à chloroforme. Ce masque très employé en Allemagne, en a été rapporté par le docteur Gaudier, qui s'en sert depuis un an dans son service de l'hôpital Saint-Sauveur, à son entière satisfaction.

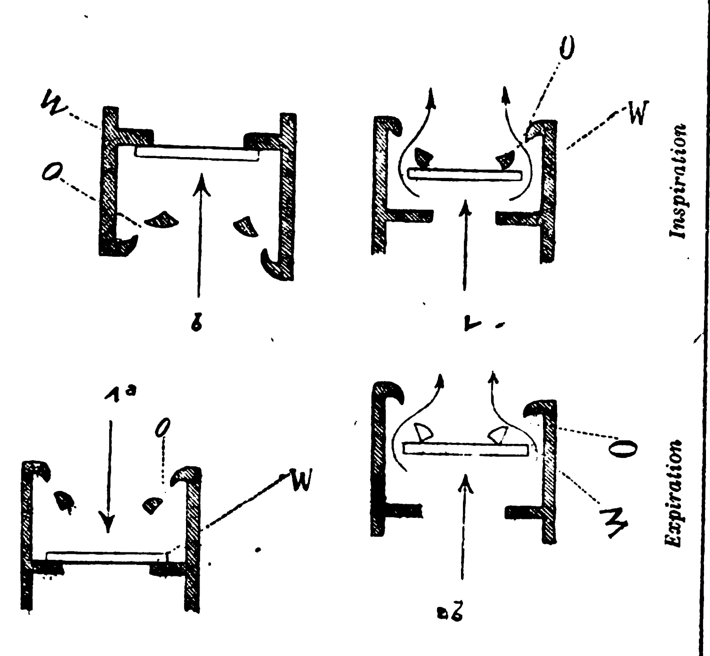
Ce masque n'a pas la prétention d'être un masque, doseur d'anesthésique et d'air ou d'oxygène, comme les masques de Roth-Draeger, ou de Vernon-Harcourt, ou ceux de Ricard, Reynier, Mauclaire. Sa seule valeur est d'être portatif, léger, aseptisable, voilà pour les qualités extérieures, et de permettre de donner de très petites doses de chloroforme, comme avec les appareils cités plus haut. Essentiellement il se compose d'un masque en forme d'entonnoir, en métal léger. Ce masque se moule sur la bouche et le nez ; mais si l'application n'est pas hermétique, on peut facilement avec un peu de ouate hydrophile, remplir le vide et par conséquent obvier à ce desideratum. Le masque ne recouvre pas les yeux. Les deux pièces importantes de l'appareil sont les soupapes en métal et mica. La soupape d'aspiration est à la partie supérieure du masque, la soupape d'expiration est fixée latéralement. Ces soupapes n'ont pas de ressort et fonctionnent automatiquement, sans jamais se dérégler. L'on comprend facilement leur jeu en les voyant démontées, et en examinant le schéma ci-joint.

La soupape d'aspiration s'ouvre en dehors du masque dans une sorte de chambre métallique, sorte de dôme ouvert latéralement, l'ouverture ayant un tiers de la circonférence du dôme, et empiétant à la fois sur le sommet et sur la paroi latérale. Cette chambre métallique se fixe sur le masque par une armature en baïonnette qui permet de l'enlever très aisément. Elle n'est vraiment utile que lorsque le masque sert à endormir à l'éther.

Au dessus de l'ouverture de la soupape d'aspiration dans

cette chambre métallique se trouve fixée une petite cheminée en métal fermée à sa partie supérieure, et ouverte circulairement sur le côté.

C'est dans cette gouttière circulaire que l'on place un petit fragment de ouate hydrophile qui ne doit occuper que le tiers enrivon de la gouttière. C'est sur cette mèche de ouate que l'on versera goutte à goutte le chloroforme.



Jeu des soupapes dans la respiration

1. Soupape supérieure ou d'admission. — 2. Soupape latérale ou d'évacuation. — M. Lamelle de mica voltigeant librement dans l'intérieur de la soupape et servant de clapet. — O. Orifice arrondi au nombre de 6, donnant passage à l'air lorsque la lame de mica obstrue l'ouverture correspondant de la soupape.

Voici comment se fait alors l'anesthésie : la ouate ayant été appliquée dans la rainure, l'on place le masque sur la figure du malade, en ayant soin que l'application soit aussi hermétique que possible. On fait ensuite respirer le patient sans verser encore de chloroforme, et l'on entend de suite le bruit clair et cadencé des soupapes, qui extériorisent en quelque sorte la respiration du malade. Quand celui-ci s'est bien habitué à respirer dans cette cavité close, alors on commence à verser goutte à goutte le chloroforme sur la ouate. Ce chloroforme est contenu, dans le service de M. Gaudier, dans de petits flacons de verre bleu fermés par un bouchon styli-gouttes, dont, au moyen d'un tour de vis ou deux, on peut graduer l'écoulement goutte à goutte, de 0 à 50 minutes. Ces flacons contiennent 15 grammes de chloroforme.

Au début de l'anesthésie, l'on verse le chloroforme à raison de 10 à 20 gouttes par minute, mais dès que le malade dort, ce qui, dans tous les cas observés, s'obtient sans agitation, ni alerte, on entretient le sommeil avec 5 à 6 gouttes par minute, souvent moins, 2 à 3.

Ceci explique les faibles doses données dans des opérations de longue durée, et comparativement les doses plus élevées lors des opérations de durée moindre. L'on fait surtout une économie au moment où l'anesthésie est obtenue. Très rapidement on s'habitue à cette technique de l'anesthésie, et la démonstration en est faite, par l'habileté avec laquelle les élèves du service de la clinique infantile ont appris à s'en servir. Tous, chef de clinique, internes, externes, étaient des habitués de la compresse, et tous au début se défiaient de cet appareil nouveau ; depuis qu'ils s'en servent, jamais ils ne reprennent la compresse, tant ils ont été séduits par la simplicité de l'anesthésie, et le peu de chloroforme employé. Cette diminution dans la dose, a même frappé la sœur du service, dont l'avis dans cette circonstance a une certaine valeur.

Jamais il n'a été noté pendant le sommeil de troubles respiratoires : le sommeil est calme et le chirurgien est agréablement surpris par le rythme clair et net des soupapes. Ces soupapes fonctionnent d'ailleurs avec une facilité parfaite, sans aucun effort de l'enfant. Il n'a pas été noté non plus de vomissement post-opératoire.

Depuis un an M. Gaudier a employé ce masque, chez des enfants et chez des adultes.

Les avantages qu'il en a retirés, ont été tels qu'il n'a pas hésité à une époque où tous les jours on présente un nouvel appareil à anesthésier presque toujours compliqué et d'un prix de revient élevé, à présenter le masque de Sudeck, persuadé que son emploi se généralisera, et remplacera définitivement la compresse d'autrefois.

L'instrument pourrait d'ailleurs facilement s'adapter au dosage du chloroforme, M. Descarpentries s'occupe actuellement de le modifier dans ce sens. Cette note est suivie d'un tableau de cas pris au hasard, montrant la quantité de chloroforme donnée et la durée de l'acte opératoire depuis le début de l'anesthésie.

NOM DU MALADE	AGE	INTERVENTION	Durée de l'anesthésie	Dose de chloroforme employée	Accident
—	—	—	—	—	—
P. Léonard	11 ans 1/2	Greffes cutanées	1 h.	15 gr.	Néant
Th. Marcel	11 ans	Psoïtis	45 m.	8 gr.	»
Cr. Fernande	9 ans	Estlander	35 m.	6 gr.	»
B. Jules	9 ans	Curage du cou-de-pied	30 m	6 gr.	»
L. Georgette	14 ans	Calcanéite; curage	15 m.	6 gr.	»
P. Maurice	8 ans 1/2	Résection de la hanche	1 h.	10 gr.	»
C. Suzanne	13 ans	Evidement petro-mastoïdien. Trépanation de la fosse cérébelleuse	40 m.	10 gr.	»
A. Auguste	6 ans 1/2	Résection de la hanche	30 m.	7 gr.	»
L. Alphonse	14 ans 1/2	Evidement petro mastoïdien	20 m.	10 gr.	»
D. Henri	8 ans	Grattage du médiotarse	15 m.	10 gr.	»
D. Claire	9 ans	Evidement petro-mastoïdien	25 m.	7 gr.	»
G. Eugène	14 ans	Autoplastie du menton et de la joue	1 h.	15 gr.	»
L. Fernand	11 ans	Ablation de la 1re pièce du sternum	10 m.	5 gr.	»

NOM DU MALADE	AGE	INTERVENTION	Durée de l'anesthésie	Dose de chloroforme employée	Accident
M. Berthe	8 ans	Appareil plâtré	15 m.	5 gr.	»
V. Aline	14 ans 1/2	Extirpation des ganglions du cou	35 m.	10 gr.	»
C. Fernand	11 ans	Cure radicale de hernie inguinale	25 m.	7 gr.	»
N. Gustave	20 mois	Id.	30 m.	5 gr.	»
Pl. Hyacinthe	14 ans	Id.	45 m.	12 gr.	»
T. Gaston	20 mois	Id.	20 m.	4 gr.	»
C. Pierre	13 ans	Ablation de l'appendice	30 m.	15 gr.	»
E. Germaine	10 ans	Cure radicale de hernie crurale	20 m.	9 gr.	»
B. Alfred	2 ans 1/2	Cure radicale de hernie inguinale	25 m.	6 gr.	»
D. Maurice	5 ans	Ostéotomie suscondylienne	15 m.	5 gr.	»
H. Aimable	9 ans	Redressement du genou	10 m.	6 gr.	»
G. Julienne	7 ans	Evidement pétro-mastoïdien	20 m.	10 gr.	»
R. Léon	3 mois	Incision et évidement mastoïdien	5 m.	2 gr.	»
N. Marie	12 ans	Evidement pétro-mastoïdien	1 h.	14 gr.	»
N. Georges	17 ans	Id.	1 h.	20 gr.	»
L. Jeanne	18 ans	Id.	30 m.	12 gr.	»
P. Rachel	16 ans	Id.	50 m.	13 gr.	»
L. Henri	14 ans	Id.	40 m.	15 gr.	»
C. Léon	29 ans	Id.	55 m.	20 gr.	»
J. Léon	30 ans	Id.	45 m.	25 gr.	»

Sur un cas de nécrose du maxillaire inférieur consécutive à une fièvre typhoïde

M. Descarpentries lit l'observation suivante :

D..., Charles, âgé de douze ans, est entré le 21 janvier dans le service de chirurgie infantile de M. le professeur Gaudier. Il est porteur d'une fistule de la région sous-maxillaire, gauche et son histoire pathologique nous a paru intéressante à être relevée.

Cet enfant fit, il y a quatre mois environ, une fièvre typhoïde. Il fut soigné chez lui et tout allait pour le mieux, quand au début de sa convalescence, alors qu'il pensait à se lever, il ressentit des douleurs dans la partie gauche de la mâchoire inférieure. Son médecin trouvant une dent légèrement cariée, l'enleva, Immédiatement après cette avulsion les douleurs augmentèrent, la région maxillaire se tuméfia, une seconde dent, puis une troisième tombèrent cariées. La fièvre, le délire revinrent tandis que se formait un gros abcès qui vint percer en quelques jours à la peau où siège maintenant la fistule, donnant écoulement à une certaine quantité de pus. La fièvre tomba, mais la fistule persista malgré les pansements et la mère se décida à l'amener dans le service.

L'enfant est pâle, anémié, amaigri : il vomit très souvent et est épuisé par une diarrhée résistant aux potions. La zone gauche est œdématiée, dure au palper, quoique indolore. Par la fistule, large de un centimètre, s'écoule un liquide grumeleux, horriblement fétide, et le stylet, introduit dans son trajet, tombe sur de l'os dénudé, dur, sonnant la nécrose. L'examen de la bouche montre la gencive inférieure gauche, rouge, tuméfiée. La première grosse molaire correspondante est intacte, mais les trois petites molaires manquent et, à leur place, on voit de l'os dénudé, grisâtre, recouvert d'un enduit sanieux.

Le malade mange difficilement quoiqu'il n'y ait point de contracture des mâchoires. La température rectale oscille autour de 38°.

M. le professeur Gaudier décide une intervention.

Après anesthésie chloroformique, incision externe agrandissant l'orifice de la fistule. On tombe sur le séquestre formé par la partie gauche du corps du maxillaire : la nécrose remonte très haut sur la branche montante qui est engaînée par des lamelles d'os nouveau d'origine périostique. L'extrémité inférieure du séquestre se désengrène facilement du reste de l'os au niveau de l'incisive gauche et on enlève par morceaux la partie inférieure de la branche montante. La partie supérieure et le condyle sont laissés en place pour éviter de trop grands délabrements et surtout dans le but de servir de pièce de prothèse à l'os nouveau qui se forme, quitte à l'enlever dans une intervention ultérieure. La muqueuse buccale est soigneusement suturée de façon à fermer complètement la cavité buccale. Drainage, pansement. Les suites de l'opération furent excellentes. La température tomba à 37° deux jours après et s'y maintient depuis. Les vomissements, la diarrhée disparurent, l'appétit revint et l'état général s'améliora de jour en jour.

Dans un des pansements qui suivirent on trouva l'extrémité supérieure de la branche montante et du condyle. L'enfant quitta l'hôpital le 5 février, alors que toute plaie buccale avait disparu, en bonne voie de guérison.

Cette observation n'est pas une rareté. Il s'est agi d'un cas d'ostéo-périostite survenant dans la convalescence d'une fièvre typhoïde donnant naissance à cette forme décrite par Sattler sous le nom de nécrose exanthématique. Ce n'est pas là une complication exceptionnelle de cette maladie puisque d'après les statistiques de Furbringer et celle de Dopfer, on la rencontre 5 fois sur 1600 cas selon le premier et 8 fois sur 927 suivant le second. Sa localisation sur le maxillaire inférieur est beaucoup plus rare : les travaux de Keen (*On the surgical complic and sequels of the continued fever*) succédant aux observations de Chassaignac et de Maisonneuve ont prouvé qu'elle frappe de préférence le tibia et les côtes et en ce sens, le cas suscité est une exception. La nature absolument éberthienne de la complication n'a pu être prouvée. Il est probable que les premières douleurs furent causées par de l'alvéolo périostite qui amena la carie de la première dent : l'enfant avant sa dothiénentérie n'a jamais eu mal aux dents et aucune d'elles n'était cariée. Le médecin en l'arrachant, et c'est un fait sur lequel il convient d'insister, donna un coup de

fouet à l'affection. Ce fut un traumatisme et une porte d'entrée pour les infections secondaires qui se surajoutèrent à l'inflammation primitive. Celle-ci, loin de se circonscrire et de se terminer par résolution comme cela se passe généralement, 8 fois sur 10 d'après EBERMAIER, évolua en une périostite suraiguë de toute la moitié du maxillaire avec formation d'un abcès qui vint s'ouvrir à la peau. La périostite causa la nécrose. La pièce osseuse prouve bien cette marche foudroyante : aucune trace d'ostéite raréfiante, partout sa surface est lisse, sonnant sec; elle fut frappé de mort d'emblée par décollement, du reste si facile normalement, du périoste. Seule l'extrémité de séparation entre le mort et le vif est érodée, déchiquetée irrégulièrement en dents de scie.

L'intervention était indispensable. Sans doute elle créera, en supprimant le séquestre avant la reconstitution osseuse, une difformité de la face.

L'os nouveau prendra une forme spéciale si bien décrite par OLLIER, qu'une pièce de prothèse incluse dans la plaie pourra très difficilement amoindrir. Mais il fallait supprimer cette sorte de septicémie buccale chronique qui empoisonnait le malade et le vouait à une mort certaine par cachexie ou infection secondaire.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

La Commission administrative des Hospices civils de Lille donne avis que le mercredi 12 avril 1905, à 8 heures du matin, il sera ouvert un **Concours public pour la nomination de deux Internes titulaires et de trois Internes provisoires** appelés à faire le service de Médecine et de Chirurgie de la Faculté de l'Etat dans les Hôpitaux de Lille.

Ce Concours aura lieu dans l'une des Salles de l'Hôpital de la Charité, devant un jury médical présidé par un des membres de la Commission administrative des Hospices.

CONDITIONS D'ADMISSION AU CONCOURS

Les candidats devront : A. Se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Etat, avant le jeudi 6 avril 1905, cinq heures du soir. Passé ce délai, aucune inscription ne sera plus admise ; B. Déposer en se faisant inscrire, un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré récemment soit par le maire de leur résidence, soit par le chef de l'Ecole où ils auront fait leurs études ; C. Fournir en outre un certificat constatant qu'ils savent pratiquer le tubage et délivré soit par le chef du service de la diphtérie, soit par le chef des travaux pratiques de tubage.

POURRONT SEULS CONCOURIR : 1° Les élèves ayant rempli les fonctions d'externe des Hôpitaux et Hospices de Lille ; 2° Les élèves en médecine étrangers aux Hôpitaux et Hospices de Lille, ayant au moins douze inscriptions ; Les élèves ayant moins de 18 ans et plus de 28 ans ne seront pas admis à concourir ; Les externes qui sont en fonctions depuis une année au moins sont tenus de concourir sous peine de radiation.

MATIÈRES DU CONCOURS. — A. Epreuve écrite sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie interne et externe, 4 heures sont accordées au candidat ; B. Epreuve orale de 10 minutes, après 10 minutes de réflexion, sur la pathologie interne ou externe ; C. Epreuve dite de garde, de 5 minutes, après 5 minutes de réflexion, sur l'obstétrique, la chirurgie d'urgence, etc.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES. — Les internes titulaires seront nommés pour deux ans et huit mois, à partir du 1er mai 1905, et recevront chacun de l'Administration : Pour les huit premiers mois, un traitement calculé à raison de six cent cinquante francs par an ; la seconde année sept cents francs et la troisième année huit cents francs. A la suite du classement des internes titulaires, le jury fera choix de 3 internes provisoires qui seront classés par ordre de mérite. Cette liste sera annulée à l'époque du prochain Concours. Les internes sont nourris dans l'établissement lorsqu'ils sont de garde. Le certificat nécessaire pour l'obtention de la dispense de deux années de service militaire ne sera délivré qu'à l'expiration de la première année d'internat.

— M. le docteur BOUSSAVIT, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1904-1905, d'un cours de physiologie à l'Ecole de médecine d'Amiens.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. L.-L. SCHAEPELYNCK, de Lille, a soutenu, avec succès, le jeudi 9 mars, sa thèse de doctorat (n° 21), intitulée : **Les jardins ouvriers, étude d'hygiène sociale.**

Notre Carnet

Le docteur René FELHOEN, de Roubaix (Nord), nous fait part de la naissance de sa fille DENISE. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

HOPITAUX & HOSPICES

Lyon. — M. le docteur PLANCHU, a été nommé après concours, accoucheur des hôpitaux de Paris.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Angers. — M. le docteur LEGLUDIC, professeur de physiologie, est nommé directeur, pour trois ans, de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur BARTHE, agrégé libre, est rappelé à l'exercice du 1er mars 1905 au 31 octobre 1907.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur BÉRARD,

agrégé, est chargé, du 1er mars au 31 octobre 1905, d'un cours de pathologie externe.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le docteur RIBAUT, agrégé, est chargé, du 1er mars au 31 octobre 1905, d'un cours de pharmacie.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. — M. le docteur BAUDOUIN, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges. — M. le docteur RAYMONDAUD, professeur d'histologie, est nommé directeur, pour trois ans, de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers. — M. le docteur BARNSBY, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux de physiologie.

— M. le docteur POULIOT, suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs GUILLON, d'Egleny (Yonne) ; MAGNIN, de Villeurbanne (Rhône) ; GUILLON, de Vouillé (Vienne) ; Gabriel DE FLEURY, de Cholon (Cochinchine).

DEWYN, de Tourcoing, à 65 ans. Nous adressons à la famille du docteur DEWYN, dans laquelle compte notre excellent confrère, le docteur Clément HURIEZ, l'expression de nos bien vifs sentiments de condoléance.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

8e et 9e SEMAINES DU 19 FÉVRIER AU 4 MARS 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	12
3 mois à un an	11	7
1 an à 2 ans	»	8
2 à 5 ans	5	5
5 à 10 ans	1	4
10 à 20 ans	1	2
20 à 40 ans	19	18
40 à 60 ans	20	9
60 à 80 ans	26	17
80 ans et au-dessus	4	12
Total	100	99

Répartition des décès par quartier	NAISSANCES par Quartier	TOTAL des DÉCÈS	Autres causes de décès	Homicide	Suicide	Accident	Autres tuberculoses	Méningite tuberculeuse	Phtisie pulmonaire	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Maladies organiques du cœur	Bronchite et pneumonie	Apoplexie cérébrale	Autres	Coqueluche	Croup et diphtérie	Fièvre typhoïde	Scarlatine	Rougeole	Variole
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	8	7	8	»	»	»	1	»	3	»	»	2	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	19	36	19	»	»	1	1	1	4	»	»	2	»	5	2	1	1	»	»	»	»	»
Moulins, 24,947 hab.	35	21	11	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	2	4	»	»	»	»	»	1	»
Wazemmes, 36,782 hab.	42	36	21	»	»	»	»	»	4	1	»	1	1	6	2	»	1	»	»	»	»	»
Vauban, 20,381 hab.	46	17	8	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	1	»
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	16	21	5	»	»	»	»	»	3	»	»	2	»	6	4	»	1	»	»	»	»	»
Esquermes 11,381 hab.	19	18	7	»	»	»	»	»	5	»	»	1	1	1	»	»	2	»	»	»	1	»
Saint-Maurice, 11,212 hab.	10	11	5	»	»	»	1	»	»	»	»	2	1	1	2	»	»	»	»	»	»	»
Fives, 24,191 hab.	30	11	3	»	»	»	»	»	3	»	»	1	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»
Canteleu, 2,836 hab.	6	5	3	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»
Sud, 5,908 hab.	11	6	5	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	1	»
Total	212	199	91	»	»	1	4	2	28	1	»	11	5	27	16	1	8	»	»	»	4	»

N° 427. Neuvième Année. N° 12. Le Numéro : 10 centimes 19 Mars 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Nos premières chloroformisations à l'aide de l'appareil de M. Ricard

par MM. **Folet**, professeur, et **Lambret**, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Peut-être trouvera-t-on que nous allons un peu vite en nous permettant, après trois semaines seulement d'usage, de publier les résultats que nous avons obtenus par l'emploi de l'appareil à chloroforme présenté par M. Ricard le 18 janvier dernier, à la *Société de Chirurgie*. Mais les exigences de l'actualité sont tyranniques et pressantes ; cet article est surtout écrit dans un but de vulgarisation régionale; il est évident que si nous attendons de posséder plusieurs centaines d'observations, du temps se sera écoulé, la vulgarisation de l'appareil une affaire faite et l'article lui-même parfaitement inutile. La chose est d'autant plus certaine que la mode est en ce moment, à Paris, aux appareils à donner et à doser le chloroforme ; appareils qui se différencient par cette dernière propriété des masques dont il existe de nombreux modèles, mais dont aucun ne permet de régler la proportion de l'anesthésique dans l'air inspiré.

Cela a commencé l'an dernier avec la présentation à la *Société de chirurgie* de l'appareil allemand de ROTH-DRAGER et de son perfectionnement par GUGLIELMINETTI. Cet appareil distribue au malade un mélange d'air, d'oxygène et de vapeurs de chloroforme ; le titrage exact de ces derniers se fait très facilement et le chloroformisateur peut, à volonté augmenter ou diminuer dans des proportions qu'il connaît, la quantité de chloroforme dans le mélange inspiré. Mais l'instrument a des dimensions importantes qui rendent son transport presqu'impraticable ; ses organes sont complexes, son prix de revient élevé ; il ne fut adopté que par un petit nombre de chirurgiens.

Puis, vint le voyage des médecins français à Londres ; la curiosité de nos chirurgiens y fut mise en éveil par les soins extrêmes dont on entoure l'anesthésie de l'autre côté de la Manche, évidemment ceci ne veut pas dire qu'en France notre connaissance de l'anesthésie soit moins complète ; mais à de rares exceptions près, il semble que nous nous en tenons surtout à la théorie et qu'en fait, notre façon d'administrer l'anesthésique est quelque peu insouciante ;

chez nous il n'y a pas, par exemple, de professeur d'anesthésie, ils en ont en Angleterre.

Le fait capital dans la pratique de nos voisins, c'est la valeur qu'ils attachent à la question du titrage et du pourcentage des vapeurs chloroformiques dans l'air inspiré par les malades — le principe est le même que celui du Roth-Drager dont nous venons de parler, avec cette différence qu'il n'entre pas d'oxygène supplémentaire dans le mélange de chloroforme et d'air. Or, moyennant une consommation minime de chloroforme, la régularité de la chloroformisation obtenue à l'aide des appareils anglais apparut à tous comme remarquablement frappante. Un de ces appareils, celui de Vernon-Harcourt, malgré des défectuosités patentes, eut la bonne fortune de traverser le détroit, il eut même celle d'être présenté à la *Société de Chirurgie* par M. Monprofit, nous avons pu le voir fonctionner dans deux services de Paris. Dès lors, il sembla que le procédé classique de la compresse était bien malade, surtout lorsqu'on apprit qu'on travaillait de plusieurs côtés, à Paris, à la réalisation d'appareils portatifs, commodes à manœuvrer, et enfin, français. Bientôt, en effet, apparut l'appareil de M. Ricard, suivi à quelques jours d'intervalle par celui de MM. Dupont, Chabaud, Thurneyssin présenté par M. Reynier.

Au fond c'est une vieille question qui revient sur l'eau, et ces appareils, quelle que soit leur nationalité, ne sont que l'application des principes posés autrefois par Paul Bert dont les expériences connues de tous ont établi la nécessité de ne donner aux malades qu'un mélange *titré et défini* de chloroforme et d'air. Ce qui importe ce n'est pas la quantité de chloroforme absorbé, c'est le titre des vapeurs administrées à un moment donné : quelques grammes de chloroforme aspirés rapidement peuvent provoquer une surcharge d'anesthésique dans le sang et intoxiquer un malade beaucoup plus facilement qu'une dose dix fois plus forte répartie régulièrement sur un long espace de temps. Le dispositif des expériences de Paul Bert était inutilisable en chirurgie, c'est pourquoi on a persisté à se servir de la compresse brutale, indéniablement un peu dangereuse mais pratique. Il semble que les efforts tentés dans ces derniers mois aient été couronnés de succès puisqu'ils mettent entre nos mains des instruments ingénieux et maniables qui rendent la chloroformisation aisée et augmentent notre sécurité.

Les inconvénients signalés plus haut et les ennuis inhérents à la nécessité du ravitaillement de l'oxygène nous ont fait rejeter le Roth-Drager. De même nous n'avons pas adopté le Vernon-Harcourt parce qu'en raison de sa forme et de sa dispositon, il fatigue très rapidement le chloroformisateur et aussi parce qu'il offre le gros inconvénient de produire l'anesthésie d'une façon très lente ; c'est au point que nous avons vu l'anesthésiste de M. Terrier commencer l'anesthésie à la compresse pour la continuer, une fois obtenue, avec le Vernon-Harcourt. Le fait que nous nous servons de l'appareil de Ricard n'implique pas qu'à nos yeux ses résultats soient meilleurs que ceux de l'appareil de Reynier ; ces résultats, d'après les comptes rendus, paraissent aussi bons avec l'un qu'avec l'autre, et bien que leurs principes soient différents, ces instruments semblent également excellents.

Voici la description de l'appareil de M. Ricard d'après les comptes-rendus de la *Société de Chirurgie*.

Son principe fondamental est le même que celui des appareils à carburation utilisés pour les moteurs à essence. Dans le fond d'un récipient séjourne le chloroforme qui émet des vapeurs. Ces vapeurs sont aspirées par le malade, et suivant la nécessité et les indications du moment elles sont mélangées d'air en proportions rigoureusement croissantes et décroissantes.

L'appareil se compose de diverses pièces :

Le masque, qui est en caoutchouc épais et souple de façon à bien se modeler sur tous les profils ; il est en effet indispensable qu'il soit bien hermétique, autrement le jeu des soupapes dont nous allons parler est gêné. Nous avons remarqué que chez les malades à moustaches bien fournie, cette herméticité était souvent incomplète, nous y avons remédié en plaçant de chaque côté du masque, au niveau de la moustache, une légère couche de coton hydrophile. Le masque est muni à son extrémité supérieure d'une pièce métallique, terminée d'un côté par une soupape : soupape d'expiration ; de l'autre par un orifice : orifice d'aspiration. La soupape permet la sortie de l'air expiré, elle s'oppose à l'entrée de l'air extérieur dans l'appareil ; par conséquent elle s'abaisse dès que l'inspiration commence.

L'orifice d'inspiration est relié au récipient à chloroforme par un tube en caoutchouc assez épais pour que ses inflexions le courbent sans l'aplatir. Ce tube est relié à l'appareil par un cylindre en verre armé

dans lequel se trouve la soupape d'inspiration ; cette soupape se soulève à l'aspiration et permet l'arrivée des vapeurs chloroformiques dans les voies respiratoires des malades ; elle est construite de telle façon



que dès que le mouvement d'expiration commence, elle s'abaisse et interrompt toute communication entre le chloroforme et le malade. En résumé, l'air expiré sort directement du masque, l'air inspiré arrive directement de l'appareil à chloroforme. Cet appareil est constitué par un cylindre de verre dans lequel on verse le chloroforme et sur lequel est fixé un couvercle métallique où aboutit le tube d'inspiration. Supposons ce couvercle percé d'un trou central. Au moment de l'inspiration, l'air extérieur entre dans le récipient, se mélange en proportions variables de vapeurs chloroformiques et est aspiré par le malade. Si ce trou existait seul les proportions de chloroforme et d'air seraient constantes ; mais à côté de lui sur la périphérie du couvercle, M. Ricard a groupé quatre orifices munis d'un obturateur mobile.

Si les quatre orifices sont obturés et que le trou central persiste seul, il y a dans le mélange inspiré les proportions maxima de vapeurs chloroformiques. Cette proportion variera suivant que un, deux, trois, quatre trous seront fermés.

« Avec cette gamme de quatre orifices, dit M. Ricard, on peut faire varier la proportion des vapeurs chloroformiques du simple au quadruple. Mais ce n'est pas suffisant dans certains cas, et l'appareil ainsi construit aurait deux inconvénients. Le premier, c'est que, même tous orifices ouverts, le malade respire toujours une proportion donnée de chloroforme et ne peut pas respirer d'air pur. Le deuxième inconvénient, plus important, est que dans certains cas, il est besoin d'augmenter la proportion des vapeurs de chloroforme d'une façon momentanée ou persistante. Pour arriver à ce but, nous avons fait passer par l'orifice central d'aspiration, une tige filetée creuse, se terminant par un disque de dimensions légèrement inférieures au diamètre du récipient à chloroforme. Ce disque, percé d'un orifice central, peut s'abaisser jusqu'au contact du chloroforme. Il est arrêté dans son ascension par un cylindre métallique appendu au couvercle. De la sorte, lorsque le disque est remonté à son maximum, il s'appuie sur la base inférieure de ce cylindre et ménage ainsi une chambre dans laquelle aboutissent le tube d'inspiration relié au masque et les quatre orifices situés sur le couvercle : quand ce disque est remonté au maximum, les quatre orifices ouverts, le malade ne respire que de l'air pur. Dès qu'on abaisse ce disque, les vapeurs de chloroforme pénètrent dans la chambre supérieure, sorte de mélangeur où l'on peut faire varier à volonté les vapeurs de chloroforme de 0 à 3 °/₀. »

En dépit de cette description un peu aride, la technique du fonctionnement de l'appareil est d'une grande simplicité et s'apprend en quelques minutes et à la première explication.

On verse trente centimètres cubes environ de chloroforme dans le récipient ; les quatre orifices étant ouverts, le disque remonté au maximum, le masque de caoutchouc hermétiquement appliqué, on fait progressivement, en dévissant d'un tour, descendre le disque d'un millimètre (on contrôle cette descente à l'aide d'une flèche indicatrice qui surmonte la vis centrale). A ce moment le malade respire 1/2 pour 100 de vapeurs de chloroforme ; petit à petit, on obture les quatre trous et on passe successivement à toutes les doses intermédiaires entre 1/2 et 2 0/0, qui est celle que donne l'obturation des quatre trous. C'est la dose forte ; dès que le malade dort, et cela ne tarde

pas, il faut revenir en arrière et découvrir progressivement les orifices pour continuer l'anesthésie à la *dose d'entretien* qui varie avec les malades et s'obtient 1, 2, 3, 4 orifices ouverts, suivant les cas.

D'après nos observations, nous pouvons dire qu'avec l'appareil de Ricard, l'anesthésie est rapide, facile, régulière, économique.

Un simple coup d'œil jeté sur ces observations montre que l'anesthésie a été obtenue en moyenne en cinq ou six minutes, elle est donc *rapide*.

Elle est également *facile* en ce sens que la période d'excitation n'est jamais très marquée et que, même, elle peut manquer. C'est une question de terrain et aussi de doigté. De doigté, en ce sens qu'il ne faut pas augmenter trop vite la richesse en chloroforme de l'air inspiré ; il faut tourner très lentement la vis centrale et n'obturer qu'un peu à la fois les quatre trous de la plaque. A ce prix, chez beaucoup de malades, on constatera qu'au bout de quatre à cinq minutes, le réflexe palpébral a disparu sans qu'aucun mouvement, aucune contraction musculaire, aucune congestion de la face aient laissé soupçonner l'excitation la plus légère. C'est également une question de terrain, car bien entendu, il faut compter avec les nerveux et les alcooliques. Or, chez ces derniers, nous avons acquis la certitude que la période d'excitation était beaucoup plus courte et surtout moins intense qu'avec la compresse ; la preuve frappante de l'exactitude du fait nous a été fournie par des alcooliques qui, au cours d'anesthésies antérieures à la compresse, ont eu une chloroformisation mouvementée et incomplète et qui, au contraire, se sont endormis comme des enfants avec l'appareil. On en trouvera plus loin quatre observations, une qui provient du service de M. Folet, trois de la clientèle de l'un de nous (Lambret). On est tenté de conclure de ce qui précède que, contrairement à l'opinion classique, la période d'excitation est loin d'être nécessaire et qu'elle tient peut-être aux intermittences de l'arrivée du chloroforme et à l'inégalité des doses aspirées par le procédé de la compresse.

L'anesthésie est *régulière* : pendant toute sa durée, si le chloroformisateur est attentif, s'il surveille bien le réflexe palpébral et non pas seulement la pupille, il peut arriver à obtenir et à maintenir son malade au *seuil de l'anesthésie*, celle-ci restant largement suffisante pour que toutes les interventions soient possibles: la soupape d'inspiration se soulève d'une façon régulière et complète, celle d'expiration fait entendre son claquement rassurant, le facies du malade reste calme, tout est tranquille et la sécurité est parfaite. Si, par hasard, quelque réaction semble vouloir se dessiner, quelques efforts de vomissements s'esquisser, il suffit de boucher rapidement les orifices pour qu'en quelques secondes tout rentre dans l'ordre.

Nous sommes loin, on le voit, des doses massives données à la hâte quand l'opéré fait mine de remuer et en qui il faut voir la cause presque unique de ces alertes redoutées de tous.

Très souvent, bien que l'anesthésie soit complète, la pupille n'est pas punctiforme ; contrairement à l'opinion classique elle se tient en dilatation moyenne, réagit à la lumière d'une façon si peu nette qu'elle est difficilement perceptible ; elle peut demeurer en cet état pendant toute la durée de la chloroformisation, pour chose étrange, redevenir punctiforme à la cessation de cette dernière.

L'anesthésie est *économique*, en ce sens que la dépense de chloroforme se trouve diminuée, peut-être pas dans des proportions aussi importantes que celles qu'annonce M. Ricard, mais elle est certainement réduite de plus de moitié, ce qui ne veut pas dire, d'ailleurs, que le malade prend moitié moins de chloroforme : avec l'appareil tout le chloroforme disparu est inspiré ; avec la compresse il s'en perd une quantité qu'il est impossible de fixer. C'est donc purement et simplement une économie matérielle, suffisamment appréciable, d'ailleurs, pour que l'administration des hospices n'ait pas hésité à offrir de ses deniers l'appareil à la Clinique de M. Folet, les calculs du pharmacien de l'hôpital ayant démontré que le prix en serait rapidement regagné.

L'appareil ne supprime pas les vomissements post-chloroformiques ; mais très certainement, ils sont beaucoup moins fréquents et surtout moins abondants : un de nos opérés, à la suite d'une première chloroformisation à la compresse, avait été très malade, il le fut à peine avec l'appareil.

La chloroformisation à l'appareil présente encore un autre avantage ; elle oblige le chloroformisateur à prêter une attention continue à son malade et à sa façon de respirer ; il se trouve forcé de se désintéresser de l'opération, il est tenu en haleine parce qu'il doit surveiller sa soupape d'inspiration et s'assurer si la dose d'entretien est suffisante ; cela lui interdit toute distraction, lui rappelle à chaque instant la notion de sa responsabilité qu'il avait peut-être quel-

que tendance à oublier autrefois. Nous devons dire d'ailleurs que son rôle est devenu plus agréable et moins fastidieux et il est à remarquer que les élèves qui n'acceptaient qu'avec un mol enthousiasme de donner le chloroforme à la compresse le font maintenant très volontiers avec l'appareil.

On trouvera ci-après, très rapidement résumées, nos vingt premières observations et aussi celles dont nous avons parlé plus haut qui concernent des malades ayant été endormis auparavant par le procédé de la compresse. Ces quelques cas nous paraissant suffisants pour montrer les résultats obtenus, nous avons jugé inutile d'en allonger la liste et d'en publier un plus grand nombre, ce qui eut été une répétition.

On remarquera qu'à durée égale, la quantité d'anesthésique consommé pendant une opération varie avec les cas ; cela tient à ce que la puissance de l'inspiration varie avec les malades ; la consommation de chloroforme est plus grande chez ceux qui inspirent avec force, car, dans ces cas, le courant d'air aspiré vient lécher avec plus de violence la surface du chloroforme et s'en imbibe davantage.

Observation I. — Chloroformisateur : Docteur Lambret. — Anesthésie obtenue au bout de sept minutes. Durée de l'anesthésie trente-cinq minutes. Quantité de chloroforme : vingt centimètres cubes. Période d'excitation très légère. Ce sujet, qui avait été très malade après une anesthésie antérieure, fut à peine indisposé dans l'après-midi qui suivit.

Observation II. — Chloroformisateur : Docteur J. Colle. — Anesthésie en sept minutes. Durée de l'anesthésie : quarante-six minutes. Quantité de chloroforme : vingt-sept centimètres cubes. Excitation très légère. Les quatre trous ayant été ouverts, le réflexe palpébral réapparaît ; les quatre trous refermés il disparaît à nouveau en une minute, la limite minima pour une anesthésie suffisante correspondant au premier trou. Quelques nausées.

Observation III. — Chloroformisateur : M. Petit, interne. — Anesthésie obtenue en cinq minutes. Durée de l'anesthésie : une heure vingt-huit minutes. Quantité de chloroforme : quarante-deux centimètres cubes. Excitation presque nulle. Le malade a dormi les quatre trous ouverts.

Observation IV. — Chloroformisateur : M. Petit, interne. — Anesthésie obtenue en quatre minutes. Durée de l'anesthésie : quarante-deux minutes. Quantité de chloroforme : seize centimètres cubes. Pas d'excitation. Les quatre trous ouverts, menace de vomissements ; la malade dort trois trous ouverts. La pupille est constamment dilatée.

Observation V. — Chloroformisateur : M. Petit, interne. — Anesthésie en sept minutes. Durée de l'anesthésie : dix-sept minutes. Quantité de chloroforme : neuf centimètres cubes Pas d'excitation.

Observation VI. — Chloroformisateur : M. Petit, interne. — Anesthésie en trois minutes. Durée de l'anesthésie : une heure une minute. Quantité de chloroforme : vingt-six centimètres cubes. Pas d'excitation. Dose d'entretien : deux trous ouverts.

Observation VII. — Chloroformisateur : M. Petit, interne. — Anesthésie en trois minutes trente secondes. Pas d'excitation. Durée de l'anesthésie : cinquante minutes. Quantité de chloroforme : onze centimètres cubes.

Observation VIII. — Chloroformisateur : M. Taconnet, interne. — Anesthésie en six minutes trente secondes. Durée : trente-et-une minutes. Quantité de chloroforme : vingt-cinq centimètres cubes. Excitation loquace très courte. Pupille dilatée d'un bout à l'autre ; dose d'entretien : trois trous ouverts.

Observation IX. — Chloroformisateur : M. Taconnet, interne. — Anesthésie en douze minutes. Anesthésie en douze minutes (alcoolique). Durée : vingt-deux minutes. Quantité : seize centimètres cubes. Excitation intense, mais très courte. Respiration mauvaise. Dose d'entretien : quatre trous fermés.

Observation X. — Chloroformisateur : Docteur Colle. — Anesthésie en cinq minutes. Durée : dix-huit minutes. Quantité : neuf centimètres cubes. Pas d'entretien : un trou fermé. Vomissements au réveil.

Observation XI. — Chloroformisateur : M. Petit, interne. — Durée : vingt-six centimètres. Quantité : dix centimètres cubes. Anesthésie en cinq minutes. Pas d'excitation. Dose d'entretien : trois trous fermés. Pupille constamment dilatée.

Observation XII. — Chloroformisateur : M. De Swarte, externe. — Anesthésie en huit minutes. Durée : trente-deux minutes. Quantité : douze centimètres cubes. Agitation légère. Dose d'entretien : deux trous ouverts. Menace d'excitation au cours de l'opération, on referme les quatre trous pendant une minute.

Observation XIII. — Chloroformisateur : M. Gérard, externe. — Anesthésie en six minutes. Durée : vingt-huit minutes. Quantité : douze centimètres cubes. Pas d'excitation. Dose d'entretien : quatre trous ouverts. Menace de vomissements vite arrêtés. Pupille constamment dilatée.

Observation XIV. — Chloroformisateur : M. Legrand, externe. — Anesthésie en dix minutes Durée : quarante minutes. Quantité : vingt deux centimètres cubes. Période d'excitation vive, mais courte ; on abaisse le disque d'un demi-tour supplémentaire. Dose d'entretien : deux trous ouverts.

Observation XV. — Chloroformisateur : M. Legrand, externe. — Anesthésie en cinq minutes. Durée : quarante minutes. Quantité : seize centimètres cubes. Excitation très légère. Dose d'entretien : entre deux et trois trous ouverts.

Observation XVI. — Chloroformisateur : M. De Swarte, externe. — Anesthésie en cinq minutes. Durée : vingt-sept minutes. Quantité : onze centimètres cubes. Période d'excitation légère.

Observation XVII. — Chloroformisateur : M. Capron, externe. — Anesthésie en six minutes. Durée : trente minutes. Quantité : six centimètres cubes. Excitation nulle. Dose d'entretien : quatre trous ouverts. Menace de vomissements.

Observation XVIII. — Chloroformisateur : M. Hannard, externe. — Anesthésie en quatre minutes. Durée : quarante minutes. Quantité : onze centimètres cubes. Pas d'excitation.

Observation XIX. — Chloroformisateur : Professeur Folet. — Anesthésie en quatre minutes. Durée : quarante-et-une minutes. Quantité : dix-huit centimètres cubes. Pas d'excitation. Dose d'entretien : trois trous ouverts.

Observation XX. — Chloroformisateur : M. Hannard, externe. — Anesthésie en cinq minutes. Durée : trente-cinq minutes. Quantité : quinze centimètres cubes. Pas d'excitation. Dose d'entretien : trois trous ouverts. Quelques menaces de vomissements.

Voici maintenant nos observations de malades chloroformés avec l'appareil ayant eu antérieurement des chloroformisations tumultueuses ou difficiles avec la compresse.

Observation XXI. — H..., Fracture compliquée et gangrène gazeuse. Première intervention : chloroformisation à la compresse, agitation excessive, impossibilité d'obtenir une anesthésie complète. Deuxième intervention : chloroformisation à l'appareil de Ricard : chloroformisateur : Docteur J. Colle. Dort au bout de trois minutes. Durée : vingt-cinq minutes. Quantité : dix-huit centimètres cubes. Absence d'excitation. Troisième intervention : chloroformisateur : Docteur J. Colle. Les reflexes ne disparaissent qu'au bout de dix-huit minutes. Durée : trente-cinq minutes. Quantité : dix-sept centimètres cubes. Dose d'entretien : trois trous fermés.

Observation XXII (M. Lambret) 18 février 1905. — Ablation du calcanéum ; une première opération a été faite par un confrère. Le malade n'a pas dormi ; sa famille a conservé un souvenir terrible de la façon dont il s'est débattu. Aide : Docteur Geeraert. Chloroformisateur : Docteur Deckmyn. Anesthésie en cinq minutes. Durée de l'anesthésie : vingt-six minutes. Quantité : douze centimètres cubes. Excitation à peine marquée.

Observation XXII (M. Lambret) 1er mars 1905. — Hernie étranglée. Le malade a été opéré l'an dernier pour une hernie étranglée de l'autre côté ; il s'est débattu tout le temps ; l'intervention a duré une heure et demie. Chloroformisateur : docteur Boda. Anesthésie en quatre minutes. Durée de l'intervention : douze minutes. Quantité : quinze centimètres cubes. Excitation sérieuse, mais très courte.

Observation XXIV (M. Lambret). — 3 mars 1905. Pseudarthrose de l'avant-bras. Le malade, opéré une première fois, a eu une période d'excitation assez marquée et est resté un peu agité pendant l'opération. A ce point qu'un aide s'est, de lui-même, mis à maintenir les jambes dès le début de la seconde intervention, bien inutilement d'ailleurs, car le malade ne se débattit pas. Chloroformisateur : docteur Razemon. Anesthésie en cinq minutes. Durée de l'intervention : quinze minutes. Quantité : quinze centimètres cubes. Excitation nulle.

Consultations Médico-Chirurgicales

Hydrocéphalie

Professeur-adjoint, M. Oui

INFORMATIONS CLINIQUES. — Au cours de la grossesse, le palper abdominal a fait constater que la tête fœtale a un volume tout-à-fait excessif et absolument en disproportion avec le volume du tronc.

Plus fréquemment, au début ou au cours du travail, on a constaté ; — *a*) — Si la tête se présente première, avec le défaut d'engagement et les troubles qui en résultent dans la marche de la dilatation, l'étendue considérable des sutures et des fontanelles et la fluctuation manifeste au niveau de ces espaces membraneux ; — *b*) — Si le siège se présente, le bassin étant normal et le col non rétracté, l'arrêt de la tête dernière au détroit supérieur. Le palper qui permet d'apprécier le volume de la tête et le toucher profond, ou même manuel, qui permettra de sentir, au niveau des sutures et des fontanelles, une fluctuation caractéristique amènent à poser le diagnostic d'*hydrocéphalie*.

INDICATIONS PATHOGÈNIQUES ET CLINIQUES. — Le fœtus hydrocéphale étant considéré comme quantité négligeable, car les rares hydrocéphales nés vivants ne tardent pas à succomber, tous les efforts doivent tendre à terminer l'accouchement en réduisant au minimum le traumatisme pour les organes maternels. Il faut donc réduire le volume de la tête le plus tôt possible de façon à diminuer la distention du segment inférieur et par suite à éviter la rupture utérine qui en est souvent la conséquence pendant la période de dilatation.

CONDUITE A TENIR. — Suivant que le diagnostic d'hydrocéphalie est porté pendant la grossesse ou seulement pendant l'accouchement, la conduite à tenir diffère.

A. Pendant la grossesse. — Les présentations ont une grande importance pour préciserle mode d'intervention.

a) **L'enfant se présente par le siège.** — Quand l'enfant se présente par le siège, **il est inutile de tenter la version par manœuvres externes** ; car il est indifférent, dans ce cas, d'avoir affaire à une présentation du siège ou à une présentation du sommet. La version par manœuvres externes serait en outre très difficile, pour ne pas dire impossible dans la plupart des cas.

b) **L'enfant se présente par le sommet.** — Quand l'enfant se présente par le sommet, il n'y a encore aucune raison d'intervenir en attendant le travail de l'accouchement.

c) **L'enfant se présente par l'épaule.** — Quand l'enfant se présente par l'épaule, la **version par manœuvres externes** s'impose ; il faut faire alors la version céphalique beaucoup plus facile que la version pelvienne.

B. Pendant l'accouchement. — Le mode d'intervention est encore commandé par la présentation.

a) **L'enfant se présente par le sommet.** — Quand l'enfant se présente par le sommet, dès que la dilatation permet de passer un doigt et de le mettre au contact de la tête, **ponctionnez le crâne au niveau d'une suture ou d'une fontanelle,** avec un trocart. Si la dilatation est plus avancée, servez-vous d'un perforateur quelconque. Abandonnez, ensuite, à la nature la terminaison de l'accouchement.

Si l'accouchement traîne en longueur, appliquez sur la tête perforée, même à travers l'orifice incomplètement dilaté (mais, dans ce dernier cas, seulement en cas d'indications pressantes), le **basiotribe** qui vous donnera une prise excellente et solide. A défaut du basiotribe, introduisez le doigt dans l'orifice de perforation, recourbez-le en crochet et exercez ainsi des tractions sur la tête.

b) **L'enfant se présente par le siège.** — Lorsque l'enfant se présente par le siège, le tronc ayant été expulsé et la tête étant retenue au détroit supérieur, **il faut, d'un coup de forts ciseaux**, faire la **section de la colonne vertébrale** au niveau de la région dorsale. Le canal rachidien ayant été ainsi ouvert, poussez-y, de bas en haut, jusque dans la cavité crânienne, une sonde en gomme armée d'un mandrin, par laquelle le liquide céphalo-rachidien s'écoulera. La tête une fois vidée descendra dans l'excavation, d'où vous l'extrairez par la manœuvre classique de Mauriceau.

Si, chose rare, la sonde n'a pu arriver jusqu'à la cavité crânienne, il faut pratiquer la **perforation du crâne**, soit par la voûte palatine, soit au niveau de la nuque, soit au niveau de l'oreille, derrière l'apophyse mastoïde. **La voie la plus sûre est de perforer par la voûte palatine.**

c) **L'enfant se présente par l'épaule.** — Lorsque l'enfant se présente par l'épaule, **la version interne est dangereuse,** à cause des risques de rupture utérine qu'elle comporte ; on s'efforcera de l'éviter en faisant la **version céphalique par manœuvres externes**, suivie de la perforation du crâne.

En cas d'échec, on pratiquera la version podalique, et, après extraction du tronc, on se conduira comme dans la présentation du siège.

Si l'utérus est contracturé, on ne tentera pas la version podalique, mais on aura recours à l'**embryotomie rachidienne** et on pratiquera ensuite la perforation du crâne.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 24 Février 1905

Présidence de M. Surmont, président.

Epithélioma de la verge

M. **Paul Butruille** présente un malade du service de M. le docteur Carlier. Ce malade est âgé de 44 ans. Antécédents : blennorrhagie six ans avant. Début il y a huit mois, démangeaison au sommet du prépuce ; il y a six mois dernier coït, il y a quatre mois, apparition de phlyctènes qui s'ulcèrent huit jours après. Adénite inguinale gauche volumineuse. Adénite droite légère. On a appliqué sur les ulcérations de la pommade à l'iodoforme. A l'arrivée à l'hôpital on prescrit des bains de solution de permanganate de potasse. La plaie se déterge et la lymphangite diminue un peu, en même temps que la douleur se calme. Le diagnostic d'épithélioma n'est pas douteux. M. Butruille demande à la Société s'il est utile d'opérer de suite ou d'attendre que l'inflammation soit moins intense ?

MM. **Charmeil** et **Gaudier** sont d'avis qu'il faut opérer sans tarder.

M. **Surmont** demande si la radiothérapie n'aurait aucun effet.

M. **Charmeil** répond que la radiothérapie serait sans succès. Les rayons X ne seraient applicables qu'après avoir fait « voir au malade le scalpel du chirurgien ».

Grossesse extra-utérine gémellaire

M. **Taconnet** en son nom et au nom de M. le docteur **Le Fort** lit l'observation suivante :

D... Eudoxie, 34 ans, entre le 27 décembre 1904 à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service de M. le professeur Folet, pour une affection abdominale. Elle n'a pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux, aucun antécédent personnel, pas de syphilis, pas de tuberculose. Le mari est bien portant.

Réglée à vingt-quatre ans et demi. A quatorze ans gonflement généralisé et indolore des membres. L'interrogatoire de la malade ne permet pas de préciser cet état pathologique.

Dès l'âge de seize ans jusqu'à la première menstruation, notre sujet a tous les 15 jours, tous les mois ou tous les deux mois au maximum et irrégulièrement, des vomissements sanguins. Les premiers rapports sexuels dàtent de deux mois avant le mariage, qui a lieu en février 1895. L'apparition des premières règles précède celui-ci d'un mois ; pour la seconde fois, elles apparaissent le lendemain de l'union conjugale ; le mois suivant, pas de menstruation, la femme est enceinte. Elle fait une perte de deux mois et demi et elle est réglée régulièrement quand neuf mois après, elle fait une nouvelle perte de trois mois et demi. Pendant les trois années qui suivent, elle est réglée normalement et redevient enceinte. Au cinquième mois de la grossesse, un traumatisme abdominal occasionne l'avortement, lequel est suivi d'infection puerpérale durant quatre mois (1899). Six mois après la guérison, sans que le sujet ait eu des rapports sexuels, alerte abdominale, un médecin appelé auprès de la malade fait une ponction sous-ombilicale et retire une notable quantité de sang sans préciser la nature de cet hémopéritoine.

Après cette intervention, des douleurs persistent dans le ventre et les règles redeviennent régulières, seulement huit ou dix jours avant leur apparition. la malade éprouve une exacerbation de ces douleurs et les rapports sexuels sont impossibles. Deux mois et demi avant son entrée à l'hôpital, la femme a cessé d'être réglée et dans les quinze jours qui suivent cette absence menstruelle, elle a du gonflement abdominal, vomit, s'anémie fortement et présente un nervosisme anormal ; le côté droit devient très douloureux jusqu'au moment où nous la voyons.

L'examen gynécologique permet de constater dans le cul-de-sac droit une tumeur presque indolore de la grosseur d'une orange. L'utérus un peu gros, ne présente aucune particularité. A gauche le cul-de-sac vaginal est libre ; pas de signes de métrite, pas de fièvre. On diagnostique un hydrosalpynx droit, l'hypothèse d'hématosalpynx avait été émise par M. Taconnet.

Opération le 19 janvier 1905 : On trouve un hématosalpynx bilatéral. M. le professeur Le Fort fait une hémisection utérine (procédé de Faure) jusqu'à l'isthme. Les annexes droites sont pédiculisées et excisées après ablation de la tranche utérine du même côté. La tranche utérine gauche est pédiculisée avec ses annexes et l'excision en est faite. Après péritonisation un Mickulicz est laissé dans le Douglas, les suites sont normales.

Le drainage est enlevé au quatrième jour et la malade guérit sans accident.

L'examen anatomo-pathologique fait par M. le professeur Curtis a permis de constater une grossesse extra-utérine double bilatérale (grossesses tubaires).

Tumeur ganglionnaire du pli de l'aine

M. **Petit**, en son nom et au nom de M. le docteur Le Fort, rapporte l'observation d'un malade atteint de tumeur ganglionnaire du pli de l'aine.

Il s'agit d'un malade opéré le 2 février par M. Le Fort dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Folet à l'hôpital Saint-Sauveur.

La tumeur, paraissant primitive, datant de 5 à 6 mois, grosse comme le poing, avait évidemment pour origine les ganglions inguinaux du côté gauche. Elle jouissait d'une certaine mobilité. Au cours de l'extirpation, il fallut lier les vaisseaux iliaques internes au-dessus, les vaisseaux fémoraux au-dessous, et faire une autoplastie musculaire pour parer à l'éventration résultant d'une résection musculo-aponévrotique un peu étendue. Suites assez simples malgré du sphacèle des tissus tiraillés.

Le 20 février on s'aperçoit pour la première fois de l'existence d'une tumeur de l'épaule gauche simulant un ostéosarcome ; la radiographie montre que les contours osseux restent nets. En même temps, le malade paraît faire des signes de métastases pulmonaires.

La pièce, examinée par M. le professeur Curtis a une structure absolument spéciale pour laquelle M. Curtis propose provisoirement le nom de sarcome adénoïde.

M. **Gaudier**, questionné au sujet de la latence possible d'une tumeur laryngée, déclare que l'adénopathie est souvent précoce, mais qu'il existe des localisations laryngées à symptômes très tardifs.

M. **Charmeil** pense que la tumeur localisée à l'épaule doit être d'origine périostique externe. L'examen radioscopique est nécessaire pour rejeter le diagnostic d'ostéosarcome.

Épilepsie jacksonienne d'origine otitique. Opération. Guérison.

M. **Gaudier** résume l'observation d'une petite malade de son service : Enfant de huit ans, entrée pour de la mastoïdite aiguë droite consécutive à une vieille lésion suppurante. Intervention et cure radicale. Deux jours après, apparition brusque de crises épileptiformes à type jacksonien. Intervention pendant la crise. Trépanation, exploration de la zone rolandique, de la loge cérébelleuse, du sinus latéral, du lobe temporal. Ponctions cérébrales à vide. Constatation d'une plaque de méningite au-dessus du toit de la caisse. Dissection des adhérences encéphaliques. Guérison.

M. **Ingelrans** insiste sur ce point que les phénomènes jacksoniens ne sont pas spéciaux aux lésions localisées à la zone rolandique. M. Dieulafoy a vu de pareils symptômes dans des cas de tumeur du lobe frontal. Il s'agit, suivant Pitres, de manifestations sous la dépendance d'irritations à distance.

M. **Charmeil** désirerait savoir si la cessation de l'épilepsie est sous la dépendance directe de l'intervention.

M. Gaudier est affirmatif à ce sujet.

M. Surmont, en collaboration avec M. Wertheimer, a montré expérimentalement combien étaient sensibles à une faible excitation, des centres cérébraux très localisés, et éloignés de la zone rolandique.

Aphasie sensorielle. Pièces anatomiques

MM. Breton et **Looten** montrent à la Société des pièces anatomiques, provenant d'une malade atteinte d'aphasie sensorielle, malade qu'ils ont présentée dans une précédente séance. Le détail de l'autopsie *a été publié in-extenso*.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Accidents du travail. Durillon forcé

Le durillon forcé doit-il être considéré comme un accident du travail, tombant sous l'application de la loi du 9 avril 1898 ?

Nos lecteurs n'ont point oublié que cette question, dont il est inutile de faire ressortir l'intérêt pratique, a fait l'objet, dans l'*Écho médical du Nord*, 1901, V, 42, d'une dissertation de M. le docteur Butruille. Dans cette dissertation, le savant et autorisé chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Roubaix s'attaquait à un jugement rendu par le juge de paix du XVIIe arrondissement de Paris, le 22 août 1900, il tançait d'« hérésies médicales » plusieurs des affirmations de ce jugement, et, après avoir rappelé qu'il y a une différence bien nette entre les *affections professionnelles* et les *accidents*, les premières étant la conséquence de l'exercice plus ou moins prolongé d'une profession, les seconds étants produits par une cause violente, extérieure, involontaire et instantanée », il concluait que « le durillon forcé est une affection professionnelle mais *non accidentelle*, pas plus que l'hygroma de charpentiers, que la *grenouille* des débardeurs, que le psoriasis des boulangers, que la gale des épiciers, que le *rossignol* des mégissiers, etc ».

Simple profane, nous ne saurions avoir l'intention de discuter, au point de vue médical, la conclusion de M. le docteur Butruille, et nous ne croyons pas non plus qu'il serait très utile de porter la question sur le terrain purement juridique, en s'en tenant à des considérations théoriques, car, à nos yeux, le rôle du médecin en cette matière domine celui du jurisconsulte. Voir, à ce sujet, la conférence de M. le docteur Deléarde (*Echo médical du Nord*, 1905, IX, 1). Mais envisageant exclusivement le cas de durillon forcé, nous voudrions signaler aux médecins quelques décisions de jurisprudence qui y sont relatives.

I. — Tout d'abord un jugement du juge de paix de Montereau-Fault-Yonne, en date du 7 juin 1903 (*Revue des Justices de paix*, 1904, XII, 91). D'après ce jugement, le durillon forcé peut, « comme le lumbago, le tour de reins, etc., et toutes sortes de lésions, être considéré comme accident du travail, mais à la condition de se produire accidentellement, et non sous la forme d'une maladie qui est, au contraire, un état continu et durable, et résultant de l'exercice normal de la profession ». En fait, le juge de paix, constatant que les débats de l'affaire portée devant lui faisaient ressortir « que le caractère des lésions subies par l'ouvrier demandeur avaient été lents et progressif, résultant peut-être de sa diathèse », décidait qu'on se trouvait en présence d'une maladie professionnelle et non d'un accident de travail.

II. C'est, en second lieu, un arrêt rendu par la Cour d'appel de Limoges, le 24 février 1904 (*France Judiciaire*, 1904, II, 118), qui, en l'espèce, déclare, au contraire, que le durillon forcé peut être un accident du travail. Voici les considérants, semi-médicaux, semi-juridiques, que l'arrêt invoque à l'appui de la solution qu'il consacre :

« Attendu qu'après avoir érigé en principe absolu que le durillon forcé, à la différence du durillon professionnel, est nécessairement le résultat de l'inoculation septique succédant à une rupture d'épiderme, laquelle ne peut se produire que par une violence ou un choc quelconque, l'expert médico-légal commis par la Cour a été fondé à conclure, en fait, après s'être entouré de tous les renseignements utiles, que, le 22 ou le 23 juillet 1902, l'ouvrier Heritier a dû recevoir, pendant son travail, une blessure au niveau de la paume de la main droite, lorsqu'il s'est plaint de ressentir une douleur, et que cette blessure a produit le durillon forcé et le phlegmon consécutif dont il est mort ;

« Attendu qu'il n'y a pas à rechercher s'il est acquis définitivement à la science chirurgicale que le durillon forcé est toujours et partout la conséquence d'un traumatisme ; qu'il suffit au procès de savoir qu'il en a été ainsi dans l'espèce, la conclusion du rapport du docteur Raymond, de ce chef, se trouvant confirmée et par les présomptions de l'enquête à laquelle a procédé le juge de paix, et par les constatations du docteur Champognac qui, à la date du 26 juillet 1902, a vu sur la paume de la main d'Heritier le point blanc ou foyer purulent qui détermina le siège de l'éraillure ou blessure dont cet ouvrier a été victime ;

« Qu'il y a donc lieu de reconnaître que le décès d'Heritier doit être attribué, non point à une maladie professionnelle, mais à un véritable accident du travail auquel est applicable la loi du 9 avril 1898, sans que ce soit le cas de recourir à une expertise nouvelle qui serait inutile et frustratoire. »

III. — C'est enfin, un arrêt rendu par la même Cour de Limoges, le 22 juillet 1904 (*Cod. op.*, 1904, II, 340). Il y a, dans cet arrêt, une dissertation médicale plutôt que juridique sur la question. Aussi pourra-t-il être utile, pour un grand nombre de nos lecteurs, d'en connaître intégralement le texte.

En fait, il était constant que, au mois de mai 1903, un ouvrier, Dedenis, alors employé comme ouvrier terrassier au service et sur les chantiers d'un entrepreneur, avait dû cesser son travail à la suite d'une lésion douloureuse survenue à la

main gauche. Et le docteur COUÇAIN, appelé à visiter DEDENIS, déclarait que « cette lésion n'était autre qu'un durillon forcé, qui amena un phlegmon de la main, avec rétraction tendineuse de deux doigts », et il concluait à une incapacité partielle mais permanente de travail.

L'affaire ayant été portée devant la Cour d'appel, à la suite de procédure qu'il est superflu de retracer, la Cour ordonna une expertise, qui aboutit aux constatations suivantes : « Il y a eu, à n'en pas douter, au début, durillon forcé au niveau de la base articulaire gauche, déterminé par l'intervention d'une cause fortuite ; — huit jours après, l'infection, dépassant les limites de la bourse séreuse du durillon, a gagné le tissu cellulaire voisin ainsi que l'aponévrose palmaire, déterminant ainsi un phlegmon localisé, sans cependant atteindre les gaînes synoviales des tendons fléchissenrs, d'où il est résulté pour DEDENIS une légère difficulté à fléchir et à étendre l'annulaire, difficulté qui est reconnue persistante et entraîne pour l'ouvrier une incapacité permanente de travail évaluée à 7 0/0.»

Restait à rechercher si le durillon forcé dont DEDENIS avait souffert avait sa cause dans un accident de travail.

» Attendu, porte notre avis sur ce point, qu'il résulte de l'expertise que le durillon proprement dit, ou durillon ordinaire qui n'est autre qu'un épaississement partiel et exagéré de l'épiderme avec formation consécutive d'une bourse séreuse sous-jacente, provient de l'exercice prolongé d'une profession, et que, loin de pouvoir être assimilé à une infirmité née d'un accident, il constitue plutôt un moyen de défense ou une protection efficace contre les téguments ; que le durillon forcé, tout au contraire, ou durillon enflammé, est un état morbide qui, dû à la pénétration des microbes dans les tissus profonds jusqu'à la bourse séreuse sous-tégumentaire, à la faveur d'une éraillure de la peau, ne peut avoir pour cause occasionnelle qu'un choc, une violence, un traumatisme, fut-il léger au point de passer inaperçu, c'est-à-dire, en d'autres termes, l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure, un accident en un mot ;

» Que si la preuve n'est pas directement faite de l'accident, elle n'en est pas moins constante, puisque, ainsi que l'affirment les experts, sans l'intervention d'un accident, le durillon ordinaire n'aurait pu se convertir en durillon forcé ;

» Que, d'autre part, il résulte de tous les documents de la cause et des circontances dans lesquelles s'est manifesté le durillon forcé, que DEDENIS a dû cesser son travail ; — que l'éraillure de la peau, qui a permis l'envahissement des microbes et a donné naissance à ce durillon forcé, et qui, d'ailleurs, pouvait passer inaperçue, s'est produite au cours et par le fait même du travail, exigeant des efforts assez violents de la part de l'ouvrier ; — de telle sorte qu'en définifive, l'incapacité permanente dont DEDENIS est actuellement atteint a pour cause un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail. »

En conséquence, la Cour de Limoges, homologuant les conclusions de l'expertise médicale, estimait à 7 0/0 la diminution de la capacité professionnelle de DEDENIS, et allouait à ce dernier une rente proportionnelle.

Voilà les « textes », c'est-à-dire les documents juridiques. Leur seul exposé, sans commentaire, suffit à montrer que la question de savoir si le durillon forcé constitue ou non un accident du travail est une question d'ordre médical beaucoup plus que d'ordre juridique.

C'est, du reste, la même constatation que celle à laquelle nous avait conduit une étude, — que nous avons eu déjà l'honneur de faire dans cette revue en même temps que M. le docteur BUTRUILLE, — sur la question de savoir si la hernie est ou non un accident du travail (*Écho médical du Nord*, 1900, IV 576 et 580).

Aussi nous contenterons-nous de livrer ces documents à l'appréciation des médecins pour que, le cas échéant, quand ils seront consultés par la justice sur telle espèce déterminée, sachant quels sont les principes auxquels se rattache notre jurisprudence, ils soient à même d'en tirer, — comme on dit au Palais, — telles conclusions que de droit.

J. 'ACQUEY.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Signalé aux médecins

Un docteur allemand reçut dernièrement un paquet postal contenant une caisse de 150 cigares, *qu'il n'avait pas commandés* et une facture de 15 marks.

L'expéditeur écrivait :

« Quoique vous n'ayez pas commandé les cigares, je me suis permis de vous les expédier, persuadé que vous les trouverez excellents. » Le médecin goûta les cigares, les trouva bons, les fuma consciencieusement, et, quand la boîte fut achevée il envoya au marchand de cigares cinq ordonnances à trois marks chacune, en ajoutant en post-scriptum :

« Quoique vous ne m'ayez pas demandé de consultation, je me suis permis de vous envoyer cinq ordonnances (à 3 marks chacune) persuadé que vous les trouverez excellentes. Nous sommes quittes. »

Tête du marchand. Il est certain qu'il regardera dorénavant à deux fois, avant d'envoyer des cigares non commandés.

(*Le Scalpel*).

MOTS DE LA FIN

Un médecin se promène avec sa fillette, âgée de sept à huit ans.

Vient à passer une dame dont la poitrine exubérante attire tous les regards.

— Papa, dit l'enfant, cette dame est bien ce qu'on appelle une poitrinaire ?

(*Marseille Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le 2e Congrès Français de Climatothérapie et d'Hygiène urbaine, qui, sous la présidence du professeur RENAUT (de Lyon), se tiendra à Arcachon les 24-28 avril 1905 et à Pau le 29 avril (journée de clôture), a décidé que les questions suivantes seraient l'objet de rapports, qui seront adressés dix jours au moins avant l'ouverture du Congrès, à chaque adhérent d'après son tour d'inscription.

A. *Section de Climatothérapie :* 1° Climatologie du littoral atlantique français. *Rapporteur* : M. Fernand COURTY, Aide-astronome à l'observatoire de l'Université de Bordeaux ; 2° les Prétuberculeux et les Tuberculeux en cure forestière et marine. *Rapporteur* : M. le Docteur L. GUINON, médecin de l'hôpital Trousseau, Paris ; 3° les Sanatoriums et Hôpitaux maritimes du littoral atlantique français. *Rapporteur :* M. le Docteur H. BARBIER, médecin de l'hôpital Hérold, Paris; 4° indications et contre-indications du Climat de Pau. *Rapporteur* : M. le Docteur GOUDARD, de Pau.

B. *Section d'Hygiène urbaine* : 1° la désinfection à Arcachon : technique, fonctionnement, organisation administrative. *Rapporteur :* M. le Docteur H. BOURGES, Auditeur au Comité consultatif d'hygiène publique de France ; 2° la désinfection à Arcachon ; ses résultats prophylactiques. *Rapporteur* : M. le Docteur ARNOZAN, Professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux ; 3° Les conditions hygiéniques de la ville de Pau. *Rapporteur* : M. le Docteur BARTHÉ, Directeur du bureau municipal d'hygiène de Pau.

Les communications seront faites et discutées dans les deux sections à chaque séance du matin, après la discussion des rapports. Prière d'en envoyer avant le 5 avril le titre et un résumé au Secrétariat général.

Le Congrès comprend : des *Membres Titulaires* (médecins. ingénieurs sanitaires, physiciens, chimistes) ; des *Membres Associés* (femmes et enfants mineurs des titulaires, étudiants en médecine). Le prix de la cotisation est de 20 fr. pour les *Titulaires*, 10 fr. pour les *Associés*. Titulaires et Associés bénéficieront, sur tous les grands réseaux français, de réductions (50 °/o) la plupart valables du 19 avril au 4 mai.

Excursions : le dimanche 30 avril à *Biarritz* (départ de *Pau* par train spécial). — Le lundi 1er mai à *Hendaye* (Sanatorium) et *Fontarabie*. — Le 2 mai, arrêt facultatif à *Bayonne* et *Cambo*. Un programme détaillé des travaux et des excursions à Arcachon (Bassin et Forêt) sera très prochainement publié et adressé à tous Congressistes.

N.-B. — Adresser adhésions et cotisations au Trésorier général Dr DECHAMP, villa Tibur, Arcachon. Pour toute autre correspondance s'adresser au Secrétaire général Dr A. FESTAL, villa David, Arcachon.

Le 8e Congrès français de Médecine se tiendra cette année à Liège, du 25 au 27 septembre inclusivement, sous la présidence du professeur R. LÉPINE, de Lyon.

Les questions suivantes ont été choisies par le Congrès de Paris pour faire l'objet de rapports et de discussions.

1. *Des formes cliniques du rhumatisme chronique.* — Rapporteurs : M. le professeur TEISSIER, de Lyon, M. le docteur R. VERHOOGEN ; 2. *Du régime déchloruré.* — Rapporteurs : M. le docteur Fern. WIDAL, professeur agrégé, Paris, M. le professeur Luc. BECQ ; 3. *Du rôle des sécrétions pancréatiques en pathologie.* — Rapporteurs : M. le docteur HALLION, de Paris, M. le docteur A. FALLOISE, assistant à l'Université, Liège.

Le Comité local a décidé, après avis du Comité français, de créer une section de parasitologie où sera étudiée la question de l'ankylostomasie. Le Comité a pensé qu'il serait utile de montrer aux membres du Congrès ce qui a été fait au point de vue de la prophylaxie et du traitement dans nos régions où règne cette maladie.

Plusieurs séances seront consacrées à l'exposé et à la discussion des communications particulières que voudront bien faire les membres du Congrès.

Le Comité attire l'attention sur le fait que l'Exposition universelle très importante qui s'ouvre à Liège, cette année, renfermera de nombreuses sections de nature à intéresser. Telles sont notamment les classes :

3. Enseignement supérieur. — Institutions scientifiques ; 16. Médecine et chirurgie, 105. Sécurité des ateliers. — Règlementation du travail ; 106. Habitations ouvrières ; 111. Hygiène ; 112. Assistance.

Le prix de la cotisation est fixé à vingt francs. (Etudiants et dames : dix francs).

Des demandes sont adressées à l'Etat Belge et aux Compagnies françaises de Chemins de fer pour obtenir les réductions habituelles.

Pour les renseignements et communications, s'adresser à MM. HENRIJEAN, rue Fabry, 11, et HONORÉ, rue Paradis, 98, Liège.

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCE DE THÈSE

M. A.-E.-J. BONTE, de Mouscron (Belgique), a soutenu, avec succès, le vendredi 17 mars 1905, sa thèse de doctorat (n° 22), intitulée : **Etude sur le symblépharon : un nouveau procédé opératoire.**

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. — M. le docteur JACQUINET, suppléant de la chaire de pathologie et de clinique médicale, est chargé en outre, d'un cours de clinique médicale pendant la durée du congé accordé pour raisons de santé à M. le docteur HENROT.

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. le docteur Gerber, suppléant de chaire de pharmacie et de matière médicale, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à dater du 16 juin 1905.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Ont été nommés *Chevaliers* : MM. les docteurs Nicolle, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Tissier, médecin du ministère de l'intérieur, à Paris ; Battle, de Perpignan (Pyrénées-Orientales).

Mérite agricole. — A été nommé *Officier* : M. le docteur Morin, de Paris.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Galmar-Lederlin, de Thaon-les-Vosges ; Levêque, de Tournon (Ardèche) ; Dibot, de Paris ; Collineau, de Paris ; Meunier, de Paris ; Lombard, directeur de l'École préparatoire de médecine de Caen (Calvados) Biétrix, de Concarneau (Finistère).

M. Boudet, interne des hôpitaux de Lyon.

OUVRAGES REÇUS

Syphilis et tuberculose, par M. le docteur Correia Dias, Lisbonne, *Imprimerie nationale*, 1904.

— **The history of Pediatrics and its relation to other sciences and arts**, par le professeur A. Jacobi, de New-York, tiré à part de *Ame ican Medecine*, 1904.

— **The foundations and aims of modern Pediatrics**, par le professeur von Escherich, de Vienne, tiré à part de *American medecine*, 1904.

— **De l'endocardite tuberculeuse simple**, par le docteur L. Braillon, ancien interne des hôpitaux de Paris, Paris, *Steinheil*, 1904.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

10e Semaine du 5 au 11 mars 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	3
3 mois à un an	7	6
1 an à 2 ans	2	1
2 à 5 ans	2	1
5 à 20 ans	4	»
20 à 60 ans	19	17
60 ans et au-dessus	14	19
Total	60	47

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Croup et diphtérie	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	1	»	2	1	1	1	»	»	1	»	»	1	11	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	1	»	1	»	»	3	»	»	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	9	19
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	»	1	2	»	1	3	»	»	»	1	»	3	14	35
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	1	»	2	»	»	3	»	»	»	»	3	4	4	»	»	»	»	»	3	20	42
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	2	7	16
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	1	»	1	»	»	2	1	»	»	2	1	»	1	»	»	»	»	»	2	11	16
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	4	19
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	»	»	4	8	10
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	2	1	1	2	»	»	»	1	2	1	2	»	»	1	»	»	4	17	30
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	6
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	11
Total	»	»	»	3	»	14	2	3	12	2	1	3	12	9	7	11	1	»	3	1	»	21	105	212

Nº 428. Neuvième Année. Nº 13. Le Numéro : **10** centimes 26 Mars 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'Œuvre de la Goutte de lait du Nord (Section de Lille)

par Mme le Dr **D. Bernson**

Il y a près de deux ans, dans un article publié par l'*Echo médical du Nord* (22 mars 1903), nous avons donné l'historique de la création de l'Œuvre de la Goutte de lait du Nord, ainsi que des détails suffisamment explicites sur son organisation. Nous voulons aujourd'hui, après avoir rappelé les principes généraux qui président à son fonctionnement, indiquer les résultats auxquels l'œuvre a abouti.

I. — PRINCIPES GÉNÉRAUX ET FONCTIONNEMENT DE L'ŒUVRE DE LA GOUTTE DE LAIT DU NORD

1° *Sont seuls acceptés les enfants soignés par la mère elle-même.* « Nous ne voulons pas en effet, disions-nous, accorder notre assistance à des mères qui dépensent quinze à vingt francs par mois, quelquefois plus, pour confier leurs enfants à des soigneuses, alors que des institutions spéciales, des crèches sont à leur disposition dans ce but, et cela dans la plupart des cas gratuitement ».

Jusqu'à ces derniers temps, nous conseillions à ces mères de mettre leurs enfants à la crèche municipale, qui est voisine de la Goutte de lait, et dont nous avions la surveillance médicale. Ces enfants profitaient ainsi du même régime rationnel et de la même direction hygiénique que ceux de la Goutte de lait allaités artificiellement. Depuis le 1er janvier 1905, la surveillance médicale de la crèche municipale nous a été enlevée. N'ayant maintenant pas plus de contrôle sur les soins donnés aux enfants de la crèche municipale que dans les crèches libres, nous hésitons à prendre devant les mères la responsabilité d'une recommandation qu'elles pourraient dans l'avenir nous reprocher, et nous nous tenons à ce sujet sur une prudente réserve.

2° *La mère est dans la mesure du possible tenue de nourrir son enfant au sein,* soit exclusivement, soit tout au moins partiellement. Ce n'est qu'en cas d'absolue nécessité que nous acceptons l'allaitement purement artificiel.

Au début nous nous contentions de faire subir aux mères nouvellement inscrites un examen médical, qui nous renseignait sur l'état des seins et de la lactation, et d'aller les surprendre à l'improviste chez elles, dans la crainte d'une supercherie de leur part lors de la visite médicale.

Mais nous avons constaté à plusieurs reprises que des mères qui auraient pu nourrir si elles l'avaient voulu, sevraient leurs enfants pour des raisons inadmissibles, et, étant au courant de l'examen minutieux qu'elles avaient à subir en se présentant à notre consultation, attendaient pour se faire inscrire que la sécrétion lactée soit complètement tarie.

Nous nous sommes donc décidée à nous montrer d'une sévérité encore plus rigoureuse. Seules sont acceptées, à part quelques exceptions, dans la catégorie « allaitement purement artificiel » les mères atteintes d'une maladie chronique débilitante (tuberculose, etc.), les mères reconnues enceintes, ou celles dont l'état général trop délicat nous inspire des craintes sérieuses en cas d'allaitement, leur état matériel ne leur permettant pas une alimentation suffisamment réparatrice.

D'autre part, nous encourageons de notre mieux et dans la mesure de notre maigre budget les mères qui nourrissent elles-mêmes leurs enfants. En outre, des consultations hebdomadaires (1), nous distribuons à ces mères quelques légers secours. En été, ce sont des œufs (du 15 mai au 1er novembre 1903, 652 œufs ont été distribués ; 505 l'ont été du 1er juin au 1er septembre 1904) ; en hiver, des bons de cuisines populaires que M. Ghesquière, alors adjoint à l'assistance publique, mettait gracieusement à la disposition de l'œuvre ; à certaines périodes de l'année, du linge et des vêtements.

Nous profitons de cette occasion pour remercier au nom de l'œuvre, Mlle Lempereur, directrice du Lycée Fénélon, et Mlle Dugardin, directrice de l'École supérieure Jean-Macé, qui n'ont pas cru pouvoir mieux utiliser le talent manuel de leurs élèves qu'en les faisant travailler de temps en temps pour nos petits enfants.

Enfin, à l'époque du sevrage et pour faciliter la transition des deux modes d'alimentation, nous accordons à ces enfants une certaine quantité de lait.

Par principe, toute mère nouvelle ne rentrant pas dans la catégorie « allaitement artificiel » citée plus haut et dont les seins nous paraissent être encore en état de sécrétion, est mise en demeure de nourrir son enfant exclusivement au sein.

Les pesées hebdomadaires de l'enfant nous servent de critérium ; si l'enfant pousse normalement, l'allaitement exclusif au sein est continué ; si l'enfant diminue de poids et nous paraît dépérir, il est mis à l'allaitement mixte et reçoit un nombre de biberons qui viennent parfaire l'allaitement au sein. Enfin, dans les cas où cette mesure n'est pas suffisante, l'enfant est mis à l'allaitement artificiel.

3° *A la surveillance hebdomadaire de l'enfant au local de l'œuvre, est jointe la surveillance de la mère et de l'enfant à domicile*, par l'ouvrier enquêteur d'une part, et par le médecin lui-même de l'autre.

« Cette surveillance à domicile, écrivions-nous dans notre premier article, surtout celle faite par le médecin, est de la plus haute importance, car elle permet de supprimer, ou tout au moins d'atténuer dans la mesure la plus large possible, les dangers inhérents à l'assistance par les Gouttes de lait. Elle permet, d'une part, de surprendre les mères ayant réussi à simuler l'impossibilité d'allaiter leur enfant ; de l'autre, la mère se sent sous le coup d'un contrôle de tous les instants, et peut difficilement détourner le lait de sa destination ».

Les restrictions que nous avons depuis mises à l'acceptation des mères dans la catégorie « allaitement artificiel » ont diminué ce danger de simulation, mais ne l'ont pas totalement supprimé.

D'autre part, la visite du médecin à domicile offre cet immense avantage, c'est qu'il se rend compte par lui-même de la bonne exécution de ses recommandations, c'est qu'il se met en contact régulier avec le milieu ouvrier dans lequel il opère, et il arrive ainsi, avec un peu d'observation et de la réflexion, à découvrir les véritables causes du mal contre lequel il lutte, et son véritable remède.

Nous avons été, croyons-nous, la première à instituer dans l'organisation des Gouttes de lait et consultations de nourrissons cette surveillance à domicile par le médecin lui-même. Nous insistons de nouveau sur son importance, et nous voudrions voir ce principe de *la surveillance médicale à domicile* appliqué par toutes les œuvres qui s'occupent d'hygiène sociale.

Mais comme nous le disions déjà dès le début de notre fonctionnement, cette surveillance à domicile n'est possible que si l'institution reste dans des limites assez restreintes. En effet, chaque enfant doit recevoir au moins en moyenne, une visite par semaine, et le nombre de ces visites doit être augmenté si l'on a quelques doutes sur les bons soins d'une mère. C'est ainsi que du 18 novembre 1902 au 1er avril 1904,

(1) Nous continuons comme au début de notre fonctionnement à accorder à tous nos assistés les médicaments dont ils ont besoin en cas de légères affections.

1.020 visites ont été faites au domicile des enfants suivant la consultation de la Goutte de lait.

Aussi avons-nous vu avec plaisir se créer et se développer dans un quartier voisin, à Saint-Sauveur, la consultation de nourrissons de la Société lilloise de protection des enfants du premier âge, laquelle, au point de vue scientifique, est organisée à peu près sur les mêmes bases que notre Goutte de lait de la rue Fénelon, et nous espérons que ce nouvel exemple éveillera d'autres imitateurs dans les différents quartiers ouvriers de Lille.

II. — RÉSULTATS

Du 28 octobre 1902, premier jour de son fonctionnement, jusqu'au 17 janvier 1905, 112 enfants ont passé à la consultation de la Goutte de lait de Moulins-Lille. Ces 112 admissions se répartissent comme suit :

Année 1902 (28 octobre 1902 au 1er janvier 1903)	18
» 1903	61
» 1904	33

Le nombre relativement faible des nouveaux inscrits au cours de l'année 1904 demande une explication.

Les ressources de l'œuvre sont très minimes. Elles consistent, en partie, dans les cotisations de ses membres adhérents ; or, ces cotisations sont peu élevées. Nous avons dit, en effet, dans notre premier article comment la philanthropie bourgeoise avait été sourde à notre appel. Nos adhérents sont presque tous des ouvriers qui paient une maigre cotisation de un franc par an et le total de ces cotisations dépasse à peine deux cents francs par an.

L'élément principal de nos recettes est constitué par une subvention annuelle de 2.000 francs que le Conseil municipal nous accorda en 1902.

En mai 1904, après la chute de la municipalité qui avait soutenu notre œuvre, le Conseil d'administration se demanda, non sans inquiétudes, ce qu'il adviendrait de notre subvention avec la nouvelle administration municipale. Et ces inquiétudes étaient pleinement justifiées, si l'on se rappelle le vote récent du Conseil municipal de Lille, attribuant cette somme de 2.000 francs aux œuvres de la Goutte de lait en général, et non plus à l'Œuvre de la Goutte de lait du Nord.

Le Conseil d'administration décida qu'à partir de ce moment, et jusqu'à nouvel ordre, il ne serait plus accepté de nouveaux enfants. Les trente-trois nouveaux admis en 1904 l'ont tous été dans les six premiers mois de l'année.

Sur les 112 enfants inscrits, 86 seulement peuvent être comptés comme ayant été véritablement les protégés et les assistés de la Goutte de lait. Les 26 autres que les mères avaient fait inscrire uniquement dans l'espoir d'avoir du lait, après être venus une fois ou deux à la consultation, sont disparus définitivement en voyant leur espoir déçu.

Notre relevé portera donc seulement sur les 86 enfants que nous pouvons considérer comme ayant été ou étant encore les véritables pupilles de notre œuvre.

Sur les 18 inscrits en	1902,	15	sont comptés au nombre des assistés		
» 61	»	1903, 45	»	»	
» 33	»	1904, 26	»	»	

Au 1er janvier	1903,	le nombre total des enfants en cours d'assistance était de			15
»	1904	»	»	»	38
»	1905	»	»	»	28

Sur ces 28 enfants qui nous restent, 2 sont nourris exclusivement au sein, 10 sont sevrés après avoir été nourris au sein jusqu'à l'âge de 15 mois et reçoivent un nombre déterminé de biberons, 2 sont nourris à l'allaitement mixte et 14 à l'allaitement artificiel, l'allaitement au sein ayant dû être abandonné au bout d'un temps plus ou moins long pour les raisons que nous avons données dans la première partie de ce travail.

58 de nos pupilles nous ont donc quitté au cours du fonctionnement de l'œuvre. Ces 58 enfants se répartissent comme suit :

20 ont été éliminés, ayant atteint l'âge limite (20 à 24 mois);

15 ont été rayés comme ne répondant plus aux conditions exigées par l'œuvre : les mères avaient repris le travail et confié leurs enfants à des soigneuses.

Trois ont été mis, sur notre conseil, à la crèche municipale ; deux de ces enfants étaient complètement négligés par leur mère. Quant au troisième, la mère étant tuberculeuse à un degré avancé, nous avons essayé ainsi de le soustraire le plus possible aux chances de contamination.

Quatre ont quitté Lille.

Un cessa de venir parce qu'habitant à une trop grande distance.

Neuf, presque tous nourris exclusivement au sein, nous ont quitté pour des causes que nous n'avons pu connaître, sauf pour quatre, dont les mères nous

ont déclaré ne plus vouloir venir à notre consultation de crainte « de se mettre mal avec les religieuses du Bureau de Bienfaisance ». Ce dernier fait ayant été reconnu fondé à la suite d'une enquête spéciale de notre part a fait l'objet en son temps d'une plainte à M. le maire de Lille.

Six sont décédés, dont quatre en 1903 (un de méningite, un de broncho-pneumonie, un de coqueluche, un de faiblesse congénitale ; ce dernier, né avant terme, était nourri exclusivement au sein) et deux en 1904 (un d'adénopathie trachéo-bronchique et un de cholérine aiguë).

On a coutume de juger les résultats obtenus par les Gouttes de lait ou les consultations de nourrissons en comparant la proportion de mortalité constatée dans ces œuvres, avec la proportion de mortalité de 0 à un an accusée par l'ensemble de la population au milieu de laquelle elles opèrent.

Nous ne suivrons pas cet usage qui nous semble aboutir à des résultats scientifiquement inexacts.

Le pourcentage de mortalité de 0 à un an pour une année donnée dans une ville comme Lille, par exemple, est établi en prenant comme base le nombre d'enfants nés dans cette ville au cours de cette même année.

Le pourcentage de mortalité d'une Goutte de lait est établi en prenant pour base le nombre d'enfants qui se sont fait inscrire au nombre des protégés de cette œuvre durant l'année considérée.

Or, si les inscriptions sur les registres de l'état civil se font toutes au même âge, les inscriptions sur les registres de la Goutte de lait se font à des âges variables, variant chez nous non seulement de 0 à un an, mais de 0 à deux ans (nous croyons qu'il en est de même dans les autres œuvres du même genre).

Et tout le monde sait que les chances de mortalité diminuent au fur et à mesure que les enfants avancent en âge.

Les chiffres ainsi présentés par les différentes œuvres de protection de l'enfance nous paraissent donc très sujets à caution, et l'erreur commise l'est toujours en faveur de ces œuvres.

Nous ne nous arrêterons donc pas à établir une statistique de mortalité qui ferait peut-être très bel effet, mais qui, même si elle était scientifiquement exacte, n'aurait rien de surprenant, étant donné que nous ne nous adressons qu'à une catégorie d'enfants déjà privilégiés et offrant le moins de chances de mortalité par le fait même qu'ils sont soignés par leurs propres mères.

Nous préférons étudier d'un peu plus près l'histoire de nos 86 assistés.

A. — Age d'entrée a la Goutte de lait

Age	Nombre d'entrées à cet âge	Age	Nombre d'entrées à cet âge
Moins de 15 jours....	5	De 7 à 8 mois....	7
De 15 jours à 1 mois.	10	De 8 à 9 mois. ..	5
De 1 à 2 mois......	12	De 9 à 10 mois....	1
De 2 à 3 mois......	8	De 10 à 11 mois....	4
De 3 à 4 mois......	9	De 11 à 12 mois...	3
De 4 à 5 mois.	3	Au-dessus de 12 mois.	8
De 5 à 6 mois......	5		86
De 6 à 7 mois......	6		

B. — Age de sortie de la Goutte de lait

58 enfants sont sortis qui se répartissent comme suit :

Agés de 3 mois .	3 enfants	Agés de 15 mois	2 enfants
» 4 »	2 »	» 16 »	6 »
» 5 »	1 »	» 17 »	1 »
» 6 »	2 »	» 18 »	1 »
» 7 »	4 »	» 20 »	9 »
» 9 »	3 »	» 22 »	4 »
» 10 »	4 »	» 23 »	1 »
» 11 »	5 »	» 24 »	6 »
» 1 an	1 »		58 enfants
» 13 mois	3 »		

Les 28 restant assistés avaient, au 1er janvier 1905, les âges suivants :

3 mois	1	16 mois	4
5 »	2	17 »	3
8 »	1	18 »	1
9 »	2	19 »	6
12 »	3	20 »	2
14 »	2		28
15 »	1		

C. — Durée de la fréquentation a la Goutte de lait pour chacun des assistés (y compris les 18 encore présents au 1er janvier 1905) :

2 mois	10 enfants	13 mois	1 enfants
3 »	6 »	14 »	12 »
4 »	3 »	15 »	5 »
5 »	6 »	16 »	1 »
6 »	2 »	17 »	1 »
7 »	6 »	19 »	2 »
8 »	8 »	20 »	7 »
9 »	7 »	23 »	1 »
10 »	2 »		86 enfants
11 »	2 »		
12 »	4 »		

D. Mode d'alimentation

I. *Sein exclusif pendant toute la durée de la fréquentation.* — Trente enfants (parmi les quatre-vingt-six assistés) ont été nourris exclusivement au sein, dont vingt-deux jusqu'à quinze mois, époque du sevrage normal (dix de ces enfants suivent encore notre consultation) ; deux jusqu'à onze mois ; trois jusqu'à cinq mois (un de ces enfants suit toujours la consultation) ; deux jusqu'à quatre mois (l'un d'eux venu au monde avant terme est mort d'athrepsie, suite de débilité congénitale) ; un jusqu'à trois mois (est encore actuellement sous notre surveillance).

II. *Sein exclusif d'abord, puis allaitement artificiel.* — Quatorze enfants rentrent dans cette catégorie. Voici brièvement leurs observations :

1° Enfant nourri exclusivement au sein jusqu'à trois mois. La mère est obligée d'aller travailler en fabrique. Quand, après un certain temps, il lui est de nouveau possible de soigner elle-même son enfant, la sécrétion lactée est tarie. L'enfant est présenté alors à notre consultation, et l'on doit continuer l'allaitement artificiel.

2° Nourri exclusivement au sein jusqu'à neuf mois. A ce moment, la mère, victime d'un accident, perd son lait. Allaitement artificiel.

3° Sein exclusif jusqu'à six semaines. L'enfant est à ce moment atteint de muguet. La mère cesse de donner le sein, l'enfant ne pouvant têter, et quand elle vient à la consultation, elle n'a plus de lait. Allaitement artificiel.

4° Sein exclusif jusqu'à un mois. L'enfant est atteint de muguet. La mère cesse de donner le sein et perd son lait. Vient alors à la consultation. Allaitement artificiel.

5° Sein exclusif jusqu'à trois mois. La mère, déjà d'un certain âge, est épuisée. On doit cesser le sein. Allaitement artificiel.

6° Sein exclusif jusqu'à un mois. La mère perd son lait à la suite d'une forte émotion (mort d'un de ses enfants). Allaitement artificiel.

7° Sein exclusif jusqu'à sept mois. La mère tombe malade et doit cesser le sein. Allaitement artificiel.

8° Sein exclusif jusqu'à trois mois. L'enfant dépérissant, allaitement mixte jusqu'à cinq mois ; l'enfant continuant à ne pas pousser, allaitement artificiel. Actuellement suit toujours la consultation, a seize mois et se porte très bien.

9° Sein exclusif jusqu'à dix mois. Mère enceinte. On supprime le sein. Allaitement artificiel.

10° Sein exclusif jusqu'à onze mois. Puis allaitement artificiel, la mère étant enceinte.

11° Sein exclusif jusqu'à neuf mois. Puis allaitement artificiel, la mère étant enceinte.

12° Sein exclusif jusqu'à cinq mois. La mère, délicate, cesse alors de donner le sein. Se présente à la consultation lorsque l'enfant est déjà au biberon. Allaitement artificiel.

13° Sein exclusif jusqu'à quatre mois. Puis, allaitement artificiel, la mère étant enceinte.

14° Sein exclusif jusqu'à quatre mois. Puis, allaitement artificiel, la mère étant enceinte.

En résumé, sur ces quatorze enfants, trois ont été nourris exclusivement au sein pendant le premier mois de leur existence ; trois pendant les trois premiers mois ; deux pendant quatre mois ; un pendant cinq mois ; un pendant sept mois ; deux pendant neuf mois ; un pendant dix mois et un pendant onze mois.

Les raisons qui ont forcé les mères à cesser l'allaitement au sein sont d'abord la grossesse (cinq fois) ; la faiblesse (deux fois) ; l'arrêt de la sécrétion lactée, suite d'émotion (deux fois) ; le muguet chez l'enfant (deux fois) ; la maladie (une fois) ; l'obligation de reprendre son travail (une fois) ; le dépérissement de l'enfant (une fois). Tous ces enfants ont quitté la Goutte de lait ou sont arrivés au 1er janvier 1905 en bonne santé, sauf le quatorzième, lequel est décédé de cholérine suraiguë (l'enfant a succombé en vingt-quatre heures, malgré les soins d'un médecin appelé de suite) et le quatrième, qui a été emporté par la coqueluche à l'âge de vingt mois.

La plupart de ces enfants ont donc dans une large mesure profité de l'allaitement au sein.

III. *Allaitement mixte.* — Ce mode d'allaitement a été employé chez dix-huit de nos enfants ; pour quatre d'entre eux nous avions affaire à des jumeaux.

Dans dix cas, la mère était délicate et débilitée. Les autres cas dépendent de causes diverses (mère bronchitique, diminution de la sécrétion lactée à la suite d'émotion, perte de lait d'un côté suite d'eczéma du sein, inexpérience de la mère).

Deux de ces enfants sont morts, l'un de méningite tuberculeuse à l'âge de treize mois (le père était alors à la dernière période d'une tuberculose pulmonaire), l'autre de broncho-pneumonie à neuf mois.

IV. *Allaitement mixte d'abord, puis artificiel.* — Cinq enfants se sont trouvés dans ce cas. Ces enfants avaient dès le début été mis à l'allaitement mixte, par suite du peu de résistance de la mère. Ce mode d'allaitement dut être transformé en allaitement artificiel pour les raisons suivantes : mère devenue enceinte (deux cas), mère reconnue tuberculeuse (un cas), dépérissement de l'enfant (deux cas).

V. *Allaitement artificiel.* – Dix-neuf enfants ont été nourris dès le début exclusivement au biberon. Les raisons qui ont nécessité cette mesure sont :

Du côté de la mère :

Tuberculose dans	5 cas
Misère physiologique dans	3 »
Grossesse dans	2 »
Atrophie des glandes mammaires dans	2 »
Abcès au sein dans	2 »
Cardiopathie dans	1 »
Perte de lait par émotion après couches dans	1 »
Lait reconnu mauvais à l'analyse dans	1 »
Soit	17 »

Du côté du nourrisson, nous avons relevé et contrôlé un cas dans lequel l'enfant se refusait à prendre le sein.

Le dix-neuvième cas est celui d'une mère qui, pour être assistée, a volontairement laissé perdre son lait. C'était dans le début de notre fonctionnement. Et ce sont des cas de ce genre qui nous ont fait prendre les mesures de sévérité dont nous avons parlé plus haut.

Un de ces enfants est mort d'adénopathie trachéobronchique à l'âge de dix-huit mois (syphilis héréditaire probable : sur onze enfants, la mère en a perdu sept en bas âge). Tous les autres nous ont quitté ou viennent encore à la consultation en bonne santé.

En un mot, sur nos 86 enfants assistés, 67 ont eu le sein de la mère pendant une période plus ou moins longue dont 30 exclusivement jusqu'à leur sortie de la Goutte de lait et 22 (sur ces 30) exclusivement jusqu'à la période normale du sevrage.

38 enfants ont dû à un moment donné se voir supprimer d'une façon complète le sein de la mère et sur ces 38, la moitié, 19, ont été nourris exclusivement au biberon. L'allaitement artificiel a été poursuivi chez ces 38 enfants jusqu'aux âges suivants (époques de sortie de la Goutte de lait) :

5 mois	1	17 mois	1
6 »	1	18 »	1
7 »	2	19 »	1
8 »	1	20 »	5
9 »	3	22 »	2
10 »	4	23 »	1
12 »	4	2 ans	3
13 »	3		38
16 »	5		

A part les 3 décès signalés au cours de ce travail, tous ces enfants ont quitté ou suivent encore la consultation en bon état de santé.

E. Mortalité

Nous avons déjà dans le courant de ce travail indiqué le nombre et la nature de nos décès. Nous n'y reviendrons que pour faire quelques remarques.

Les œuvres telles que la nôtre (Gouttes de lait, Consultations de nourrissons), ont surtout pour objet de lutter contre la mortalité infantile par athrepsie et gastro-entérite qui sont les deux facteurs principaux de cette mortalité.

Quatre des décès survenus parmi nos enfants se trouvent en dehors de notre cadre d'action : (un broncho-pneumonie, un adénopathie trachéobronchique, un coqueluche et un méningite tuberculeuse).

Le décès par athrepsie survenu chez un enfant débile, né avant terme (pesant 2.145 gr. à l'âge de trois semaines), aurait-il pu être évité ?

Cet enfant est mort à quatre mois après avoir été nourri *exclusivement au sein* par une mère ayant du lait de bonne qualité et en quantité suffisante. Les antécédents héréditaires pourraient bien y être pour quelque chose.

Quant au décès par cholérine aiguë survenu chez un de nos enfants élevé à l'allaitement artificiel et arrivé à l'âge de dix mois, celui-ci est nettement à notre passif. L'affection a été tellement subite et rapide qu'il nous fut impossible d'intervenir personnellement.

III. — LA QUESTION DU LAIT

Quantité de lait distribuée en l'année 1904

MOIS	Litres de lait distribués	Moyenne de la quantité de beurre par litre
Janvier	646.75	35.1
Février	631.50	36.1
Mars	721.75	34.8
Avril	726.125	34
Mai	713.125	33
Juin	709	37

MOIS	Litres de lait distribués	Moyenne de la quantité de beurre par litre
Juillet	795.75	38
Août...........	703.75	38
Septembre	733.50	38
Octobre	718.75	37
Novembre......	610.75	36
Décembre	612.25	41
Total....	8.372.25	

Nous continuons à nous procurer notre lait dans une ferme du voisinage qui nous le livre aussitôt la traite. Cette ferme, fournissant également le lait à la crèche municipale, se trouve, par ce fait, sous la surveillance d'un vétérinaire inspecteur de la ville, chargé de constater l'état de santé des animaux, ainsi que la propreté des étables et du matériel employé à la récolte du lait.

Le lait doit remplir les conditions suivantes :

« Il devra provenir de bêtes saines, ayant subi l'épreuve de la tuberculine ; il devra être normal, de traite récente, ni mouillé, ni écrémé.

» Il devra avoir une teneur en beurre de 3.5 °/₀ déterminé à l'acido-butyromètre, et une quantité d'extrait sec déterminée par le calcul moyen de la densité à 15° et de la teneur en beurre au moins égale à 10 °/₀. »

Ces conditions sont les mêmes que celles exigées par la Ville, pour le lait fourni à la Crèche municipale.

Au début de l'année 1904 il avait été fortement question de la constitution d'une coopérative laitière de production par et pour les multiples organisations distribuant du lait à leurs protégés (Bureau de bienfaisance, Dispensaire antituberculeux, Gouttes de lait) et à la création de laquelle devait servir un legs de 25.000 francs fait à la Ville de Lille par M. WIBAUT pour servir d'amorce à la lutte contre la mortalité infantile.

Les travaux de la Commission nommée à cet effet n'aboutirent malheureusement pas.

Une fédération des œuvres d'assistance infantile à laquelle on remit les 25.000 francs fut néanmoins créée. Son premier acte, et le seul qui soit à notre connaissance, fut de passer avec un fermier d'Annappes, lequel était déjà fournisseur du Dispensaire antituberculeux, un contrat pour la fourniture du lait nécessaire à chacune des œuvres affiliées à la fédération. Ce lait doit renfermer 3 0/0 au moins de matières grasses et les animaux de l'étable doivent être, en ce qui concerne leur nourriture et leur tuberculinisation, sous le contrôle de la fédération. Payé par la fédération 0.20 le litre, pris à l'étable, le lait est cédé au même prix aux œuvres affiliées, les frais de transport étant à la charge de la fédération qui les couvre à l'aide des intérêts de cette somme de 25.000 francs.

Pour notre œuvre, ces conditions, favorables au point de vue du prix (puisque nous payons notre lait à raison de 0.25 le litre), l'étaient moins à tous les autres points de vue.

Une condition essentielle à l'obtention d'un bon lait est en effet que le lait soit stérilisé ou pasteurisé le plus tôt possible après la traite afin d'éviter la pullulation des microorganismes et de limiter le plus possible la sécrétion de leurs toxines que la stérilisation ou la pasteurisation n'arrivent plus à détruire.

Or, la ferme qui nous livre notre lait est à environ 500 mètres de notre local ; il s'écoule à peine vingt minutes entre le moment de la traite et celui de la stérilisation. Au contraire, Annappes se trouve à environ 8 à 9 kilomètres de Lille. De plus, la qualité de lait qui nous est fourni est excellente, la proportion de beurre devant être de trente-cinq grammes par litre, proportion notablement supérieure à celle de trente grammes par litre auquel est tenu le fermier de la fédération. Et cette différence dans la qualité du lait s'est maintenue pendant toute la durée de l'année 1904, ainsi que le prouve le tableau suivant :

MOIS	Moyenne de la quantité de beurre par litre	
	Lait fourni à la Goutte de lait du Nord	Lait fourni par le fermier de la fédération (1)
Janvier	35.1	31.5
Février	36.1	31
Mars............	34.8	31 3
Avril............	34	31.4
Mai.............	33	30 6
Juin............	37	30.6
Juillet	38	27.6
Août............	38	29.3
Septembre	38	29.6
Octobre	37	29.1
Novembre......	36	36.1
Décembre	41	30.8

Notre œuvre n'aurait donc trouvé aucun avantage appréciable à s'affilier à la fédération nouvellement créée, même si son Conseil d'administration n'eut pas réservé d'une manière formelle cette adhésion.

(1) Ces derniers chiffres sont extraits du rapport sur le fonctionnement du Dispensaire antituberculeux E. Roux (année 1904), qui doit paraître sous peu. Nous rappelons que le lait fourni au Dispensaire antituberculeux est le même que celui fourni a la Fédération des œuvres d'assistance infantile.

Malgré tout le bruit fait dans ces derniers temps autour du procédé dit de la pasteurisation, nous avons continué à employer la vieille méthode de la stérilisation, dont nous sommes toujours très satisfaite. Aucun des trente-huit enfants qui ont été soumis plus ou moins longtemps à l'allaitement artificiel par le lait stérilisé, et qui pour la moitié ont été suivis jusqu'à un âge variant de seize à vingt-quatre mois, n'a présenté de signes d'athrepsie ou de rachitisme. Personnellement, nous n'avons pas encore vu un seul cas de rachitisme qui puisse être attribué à l'usage du lait stérilisé. Une expérience de quatre années suivie, d'autre part, à la crèche municipale, confirme cette manière de voir. Bien plus, nous pourrions citer des observations d'enfants, atteints d'athrepsie, alors qu'ils étaient nourris au sein de la mère ou à l'allaitement mixte, et qui se sont développés normalement dès que nous avons commencé à leur donner du lait stérilisé.

IV. — SITUATION FINANCIÈRE (1)

Nous donnons ici la situation financière de notre Société, pour montrer que le fonctionnement d'une œuvre du genre de la nôtre, n'exige qu'un budget relativement modeste.

A. — *Reste en caisse au 1er janvier 1904*		1.326.62
B. — *Recettes en 1904* :		
Cotisations	180 »	
Remplacement de biberons, etc.	13.90	
Subvention de la Ville de Lille.	2.000 »	
Divers	0.90	
Total	2.194.80	2.194.80
Total en caisse en 1904		3.521.42
C. — *Dépenses en 1904* :		
Salaires	560 »	
Imprimés	8.80	
Lait	1.755.07	
Charbon	83 »	
Œufs	36.10	
Pharmacien	55.95	
Matériel	33.25	
Divers	27.85	
Total	2.560.02	2.560.02
D. — *Reste en caisse au 1er janvier 1905*		961.40

Nous terminons ce travail en souhaitant que notre budget de recettes soit dans l'avenir un peu moins restreint, afin de permettre à notre œuvre d'avoir son maximum d'utilité sociale.

(1) Ces chiffres nous ont été communiqués par M. FELSEMBERG, le dévoué trésorier de l'Œuvre.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Accidents du travail, Simulation de blessure, Escroquerie

L'*Echo Médical du Nord* reproduisait, il y a deux ans, dans son no du 1er février (1903, VII, 49) une dissertation du Dr REYBAUD, à propos des accidents du travail, sur l'aggravation volontaire des blessures par la victime d'un accident. Rapportant des faits « d'entretien volontaire » de blessures, dans le but de s'en faire une source de revenus, et mettant les médecins en garde contre semblables supercheries de la part des ouvriers, l'auteur observait : — d'une part, qu'au point de vue civil, ni la loi du 9 avril 1898, ni aucun autre texte de nos Codes ne prévoyaient ces cas de fraude, — d'autre part, qu'au point de vue pénal, ces modes de tromperie ne pouvaient être considérés comme des escroqueries prévues et punies par l'art. 405 du Code pénal.

Cette dissertation du Dr REYBAUD a été suivie (*Eod. op.*, 1903, VII, 51) d'une étude, restreinte au point de vue juridique, dans laquelle nous avons essayé de disculper notre législateur du premier des reproches qui lui étaient ainsi adressés, et de montrer que, soit dans le droit commun, soit même dans la loi de 1898, les tribunaux pouvaient trouver des armes suffisantes pour empêcher qu'une fraude de l'ouvrier ne fût préjudiciable au chef d'entreprise. Nous corroborions notre argumentation en faisant voir, par des exemples puisés dans la jurisprudence, que les tribunaux n'avaient jamais hésité à décharger le patron de toute responsabilité quant à celles des suites d'un accident du travail qui provenaient, soit de l'imprudence ou de la négligence grossières de la victime, soit *à fortiori* du fait volontaire, c'est-à-dire de la fraude de l'ouvrier. Ajoutons, en passant, que les tribunaux ont persisté dans cette jurisprudence, et que nombreuses sont les décisions qui, pendant les années 1903 et 1904, ont appliqué les mêmes principes.

Mais nous étions resté sur le domaine de la législation civile, et nous n'avions pas étendu notre discussion à la seconde des observations du Dr REYBAUD, sur le terrain de la législation pénale.

Un fait qui s'est passé à Tourcoing, l'année dernière, et qui peut intéresser, à bien des titres, les lecteurs de l'*Echo Médical du Nord*, nous fournit l'occasion de revenir sur la question, et de montrer que la fraude de l'ouvrier peut bel et bien constituer une escroquerie, exposant son auteur aux sanctions de l'art. 405 du Code pénal.

Le 14 mars 1903, un ouvrier, François JONCKEER, travaillant comme homme de peine, au salaire de 3 fr. 50 par jour, chez M. CHAUVEL, industriel à Tourcoing, prétendit avoir contracté, au cours de son travail, une entorse du pied droit. De fait, le Dr LEDUC constatait la lésion et ordonnait un repos de huit jours, qu'il estimait suffisant pour la guérison de l'entorse et de l'égratignure de l'un des doigts du pied.

Trois mois après, le pied, toujours enflammé, restait dans le même état. JONCKEER fut envoyé à Lille où, pendant 56 jours, — si nous en croyons les journaux locaux, — le Dr GUERMONPREZ le visita et le soigna sans résultat.

Or, le 3 août, — toujours d'après le récit d'un journal, — « JONCKEER, avant la visite au dispensaire, était en train de prendre un bain de pieds quand le Dr GUERMONPREZ le pria de se hâter pour faire place nette, afin de recevoir un blessé dans la place où il était. JONCKEER n'allant pas assez vite, et pour cause, le docteur voulut lui faire son pansement. Le bain de pieds se renversa et il crut apercevoir alors la trace d'une emplâtre que l'ouvrier blessé avait dû se coller sur le pied. Il lui fit un pansement antiseptique et, cette fois, le scella à l'aide d'un cachet spécial, de façon à ce que JONCKEER ne pût l'enlever. Le lendemain, le pied était net ; plus aucune trace n'apparaissait ».

Que s'était-il passé ? On le devine. JONCKEER ayant subi au cours de son travail une petite éraflure, l'entretenait « au moyen d'emplâtres de cheval » la « transformant ainsi en une érosion purulente bénigne, mais qu'il disait très douloureuse ». Et la chose lui était d'autant plus facile que son éducation *ad hoc* avait été préparée par les fonctions d'infirmier que JONCKEER remplissait jadis à Lille, à.. l'hôpital Saint-Sauveur. Inutile d'ajouter que, pour son bénéficiaire, le « truc » n'était point sans avantages : il lui procurait tout à la fois le vivre et le couvert, le logement, le repos, les bons soins, avec, par surcroît, le demi-salaire journalier en espèces sonnantes.

Par malheur pour JONCKEER, le vieux proverbe finit par avoir raison : « tant va la cruche à l'eau, qu'à la fin elle se casse ». Les « pots cassés » durent se payer. JONCKEER essaya d'abord de payer « d'audace », en assignant son patron en justice pour obtenir paiement de demi-salaires et fixation de rente viagère. Mais la Compagnie d'assurances, substituée au patron, répliqua par une plainte en escroquerie. Et, comme à l'accusation formulée contre lui devant le tribunal correctionnel de Lille, JONCKEER ne trouvait plus qu'une réponse, à savoir qu' « li était trop bête pour faire ça », les juges, non convaincus, rendirent, le 23 décembre 1903, le jugement suivant :

« Le Tribunal : Attendu qu'il résulte de la procédure et des débats que, le 14 mars 1903, JONCKEER, François, ouvrier dans l'établissement industriel de M. CHAUVEL, à Tourcoing, prétendant avoir eu, au cours de son travail, le pied droit engagé sous une barre de fer, se déclara atteint d'une inflammation de la bourse séreuse de la face dorsale du pied droit, et obtint ainsi de M. CHAUVEL, représenté par la Compagnie d'assurances *La Flandre*, des demi-salaires, un logement et des soins médicaux ;

Que néanmoins, à la date du 3 août 1903, en suite d'une circonstance fortuite, il apparut clairement que le prévenu n'avait pas été blessé ; qu'ancien infirmier, possédant certaines notions pharmaceutiques élémentaires, il avait provoqué et entretenu volontairement des altérations superficielles de son pied droit, par l'apposition d'une matière emplastique ;

Attendu que ces agissements du prévenu revêtent le caractère de l'escroquerie ;

Qu'en effet, l'allégation mensongère d'une blessure, appuyée d'un fait extérieur, l'apposition d'une matière emplastique, constituait une manœuvre frauduleuse ayant eu pour but, soit de persuader l'existence d'un pouvoir imaginaire, lequel serait d'obtenir judiciairement le paiement de demi-salaires et de soins correspondant à un état d'incapacité de travail imaginaire, soit de faire naître la crainte d'un événement chimérique, savoir, l'appréhension par CHAUVEL d'être judiciairement condamné à un tel paiement ;

Attendu qu'il suit de ce qui précède que la prévention est justifiée ;

Par ces motifs... »

JONCKEER était condamné, — d'une part, pour escroquerie, à un mois de prison, sans sursis, — d'autre part, envers la partie civile, au paiement d'une somme de 501 fr. 80 de dommages-intérêts, représentant les demi-salaires indûment perçus et les frais occasionnés par la supercherie.

Ainsi finit la comédie.

J. JACQUEY.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

L'hygiène chez les Brahmes de l'Inde

Les rapports intimes de la religion et de l'hygiène ont souvent été mis en évidence et ce que je vais dire aujourd'hui des Brahmes de l'Inde ne fera que corroborer les idées généralement répandues à ce sujet.

Il ne faudrait pas croire, cependant que la religion se trouve toujours à la base de certaines pratiques hygiéniques. Les Japonais, peuple éminemment *areligieux*, pourraient au besoin être pris comme exemple en la matière. Or, le Japonais est l'homme le plus propre du monde. Pure question de tempérament : le Japonais, quelle que soit sa classe, se baigne une ou deux fois par jour, et ce qui, à l'heure présente, doit manquer au soldat nippon en Mandchourie, plus encore que le bon riz ou le poisson cru, c'est le bain quotidien.

Ce qui est habitude nationale, nécessité même au Japon, est une particularité, presque un dogme, réservé à une caste aux Indes, celle des Brahmes et le besoin de propreté chez eux procède d'idées, excellentes en principe, mais aujourd'hui déviées de leur sens primitif et surtout de superstition, d'orgueil et de théories très fantaisistes sur les souillures du corps et de l'âme.

Le brahme vit dans les transes perpétuelles d'être souillé par tout ce qui vit autour de lui hommes, bêtes et choses. Un orgueil insensé lui fait considérer quiconque n'est pas de sa caste, comme vil et souillé. Aussi, dans la rue, doit-il faire

attention de ne pas frôler un *soudra* ou un *paria* ; il doit regarder où il pose les pieds, car si, par hasard, sa sandale heurtait un os, un tesson, une guenille, une feuille sur laquelle on aurait marché, des cheveux, etc., il serait horriblement souillé. Bref, un brahme vraiment imbu des idées de sa caste n'a pas trop de sa journée pour se purifier le corps et l'esprit : un ou deux bains, plusieurs lavages de la figure et des mains, un certain nombre de rinçages de la bouche, la récitation de nombreuses prières, quelques profondes méditations sur les innombrables mutations de son dieu, selon qu'il est disciple de Wischnou ou de Siva, en voilà assez, vous le comprendrez, pour bien occuper notre homme.

La purification doit agir plutôt moralement que physiquement, par certaines eaux des fleuves ou des étangs très réputées pour leur vertu dans l'Inde entière ; car les eaux sont souvent troubles : les étangs sacrés ressemblent parfois à des mares dans lesquelles des centaines et des milliers de fidèles grouillent à la fois. C'est donc moins le nettoyage du corps que l'acte de se nettoyer qui importe aux yeux des brahmes ; l'eau d'un étang sacré serait-elle encore plus dégoûtante, ils se considéreront comme purifiés du contact impur d'un *paria*, dès qu'ils s'y seront plongés. La bouse sacrée de la vache, répandue sur leur corps, a d'ailleurs les mêmes propriétés purificatives.

Les brahmes ont, sinon le culte, au moins la superstition de la propreté, et la canonisation de saint Labre, s'ils le connaissaient, serait pour eux une cause profonde de stupéfaction et de dégoût.

Au cours d'un voyage que j'ai fait, en 1901, à travers les Indes, j'ai noté un certain nombre de ces petits détails d'hygiène, qui primitivement ont eu comme substratum une idée religieuse, aujourd'hui tellement déviée, qu'elle est souvent méconnaissable.

Le brahme est végétarien : il ne mange pas de viande ; la chair d'un être qui a vécu est pour lui une souillure. Tuer une vache est à ses yeux un sacrilège : la vache est divinisée. On voit ces paisibles ruminants errer par les rues et les temples de Benarès ; la foule s'écarte sur leur passage et de pieux *sivaïstes* ramassent précieusement dans leurs mains la fiente des saintes bêtes. La consommation de la viande n'est pas très utile dans les pays chauds ; son usage peut même être nuisible. De sages prescriptions d'hygiène n'auraient pas impressionné les masses ; enrobées de religion elles produisirent des effets salutaires et persistants.

Le brahme ne boit que de l'eau ; la consommation des liqueurs fermentées lui est interdit : l'alcoolisme n'est pas encore à craindre dans toute cette classe d'Indiens. Un brahme qui s'enivre perd sa caste.

La salive est une cause d'horreur pour les brahmes. Ils ne boiraient pour rien au monde dans le verre de quelqu'un. Dans les maisons, des crachoirs sont installés pour éviter la pollution des parquets.

Leurs femmes, pendant les périodes menstruelles, sont considérées par eux comme souillées : elles ne doivent toucher ni aux instruments de cuisine, ni à la personne de leur mari. Chez les Indiens riches elles sont isolées, pendant toute la durée de leurs règles, dans une chambre et, quand elles en sortiront, elles seront lavées à grande eau. Chez les pauvres diables, qui ne disposent pas de chambres supplémentaires, les femmes sont parquées, hors de la maison, sous un appentis ou dans l'étable des vaches.

Le brahme est victime de sa caste, tyrannisé par la superstitieuse crainte des souillures. Les actes de sa vie doivent tous tendre à prévenir et à faire disparaître ces souillures. Les moindres actes de son existence sont réglés depuis des milliers d'années et le *modus faciendi* se trouve dans le grand rituel brahmanique : le *Nittia-Caxma*. En voici un exemple que je résume du très intéressant ouvrage de l'abbé Dubois (1), sur *Les mœurs des peuplades de l'Inde*. Il a trait au rituel de la défécation.

Prenant de la main un grand *chinbou* (vase de cuivre), le brahme ira au lieu destiné à cet usage et qui doit être au moins à un jet de flèche de son domicile.

Arrivé là, il commencera par ôter ses chaussures qu'il déposera à une certaine distance et choisira pour se soulager une place propre, sur un terrain uni.

Certains endroits doivent être, sous peine de péché, soigneusement évités : enceinte de temple, bords d'une rivière, d'un puits, d'un étang.

Il doit s'accroupir le plus possible, garder le plus profond silence, ne rien mâcher, ne rien avoir dans la bouche.

Il doit terminer le plus promptement possible et se relever aussitôt.

Après s'être redressé, il ne doit jeter les yeux derrière ses talons, sous peine de péché.

Il se lavera les pieds et les mains sur le lieu même, avec l'eau contenue dans le vase qu'il a apporté. Puis tenant ce vase de la main droite et *sinistra manu virilia tenens* il ira à la rivière pour se purifier de la souillure de l'acte qu'il vient d'accomplir.

Il lavera à plusieurs reprises avec de la terre et de l'eau, puis avec de l'eau seulement, son orifice anal. Ensuite lavage des pieds et des mains.

Il procédera alors au lavage, à la terre et l'eau, des parties génitales. Puis se relavera les mains à plusieurs reprises.

Ceci fait, il se débarbouillera la figure, se rincera la bouche, en ayant la précaution indispensable de rejeter du côté gauche l'eau avec laquelle il s'est gargarisé.

Il pensera trois fois à Wichnou et boira trois fois un peu d'eau à son intention.

Voilà, pour l'accomplissement d'un besoin naturel et quotidien, bien des complications ! Médecin-major J. Matignon.

(*La Médecine moderne*)

(1) A. Dubois. Mœurs des peuplades de l'Inde, Pondichéry 1899.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Un **Congrès international d'éducation et de protection de l'enfance dans la famille** se tiendra à Liège, en septembre 1905, durant trois jours, pendant l'Exposition universelle.

Le Congrès comprend quatre sections :

1re section : *Etude de l'enfance* ; 2e section : *Education de l'enfance* : a) questions générales ; b) éducation de l'enfant par les parents dans la famille ; c) collaboration de la famille avec l'école ; d) éducation dans la famille après l'école ; 3e section : *Enfants anormaux* ; 4e section : *Œuvres diverses ayant trait à l'enfance*.

TROISIÈME SECTION. — ENFANTS ANORMAUX.

Classification des enfants anormaux, Statistique des enfants anormaux. Situation faite actuellement aux enfants anormaux. Ce que doit être l'éducation des différentes catégories d'enfants anormaux. Mesures à prendre en faveur des enfants anormaux. Protection de ces enfants.

Les enfants indisciplinés. Comment ils doivent être traités. Ce que doit être l'éducation à donner à ces enfants. Ce que doit être l'organisation des établissements spéciaux pour enfants indisciplinés.

Nécessité de créer des établissements spéciaux pour enfants épileptiques.

QUATRIÈME SECTION. — ŒUVRES DIVERSES AYANT TRAIT A L'ENFANCE.

N. B. — Dans cette section on se bornera à examiner l'action à exercer par les diverses œuvres sur la famille, afin de prévenir les maux et misères qui y trouvent généralement leur origine. On cherchera à développer le rôle éducatif de ces œuvres. On s'adressera surtout à l'initiative privée.

Hygiène. Œuvre du grand air. Ligue contre la tuberculose. Antialcoolisme. Abus du tabac. Enfants délaissés. Enfants martyrs. Mutualités d'enfants. Assurances d'enfants au profit des parents. Œuvres de prophylaxie morale, etc., etc.

La composition du Comité national pour la France est la suivante : Président : M. BIENVENU-MARTIN, ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes ; Vice-Présidents : Paul STRAUSS, sénateur ; GASQUET, directeur de l'enseignement primaire au ministère de l'Instruction publique. Celle du Comité d'action : Présidente : Mme Lucie FÉLIX-FAURE GOYAU ; Vice-présidents : MM. Paul STRAUSS, sénateur ; MALAPERT, professeur de philosophie au lycée Louis-le-Grand.

N. B. — Toutes les communications doivent être adressées soit au secrétaire du Comité national (M. BRÉBION, à la préfecture, à Versailles), soit au secrétaire général du Comité d'action (M. Arthur DELPY, 43, rue de Berlin, à Paris).

UNIVERSITÉ DE LILLE

Une **Maison des Etudiants** va s'élever à Lille.

Le Conseil de l'Université, dans sa séance du 18 mars 1905, a accepté provisoirement, en attendant l'autorisation nécessaire, les donations suivantes : 1° une donation de 50.000 francs, faite par M. G. LYON, recteur de l'Académie, en souvenir de feu son fils Olivier LYON, étudiant en droit, décédé en décembre dernier dans la catastrophe de chemin de fer du Nord, dont personne n'a perdu le souvenir ; 2° une donation de 10 000 francs, venant de M. le professeur Charles RICHET, de Paris, en souvenir de l'affection qu'il portait au malheureux jeune homme ; 3° une donation de 40.000 francs du généreux ami de l'Université qu'est M. Léonard DANEL, de Lille ; 4° une donation de 5.000 francs, venant de M. COQUELLE, maire de Rosendaël, vice-président de la Société des Amis de l'Université ; 5° une donation de 5.000 francs, venant de M. LEDIEU-DUPAIX, le distingué président de la Société d'extension universitaire, dont la Faculté de médecine, et l'Institut Pasteur, ont déjà éprouvé les libéralités.

La construction de cette maison des Etudiants absorbera environ 70.000 francs ; son aménagement en salle de réunion, salles de conférences, salle d'escrime, d'hydrothérapie, etc., 30.000 francs environ.

Une fois construite, — et la chose paraît devoir aller vite, car l'architecte nommé est M. HAINEZ, et ce nom est synonyme de rapidité — le Conseil de l'Université prendra possession de la maison des Etudiants et la mettra à la disposition de l'Union des Etudiants de l'Etat, dont le bureau devra assumer la tâche de la gérer directement ou par intermédiaire.

La nécessité de la création d'une maison des étudiants n'est pas discutable, surtout à Lille, où l'esprit d'association est si développé et où la dispersion des Etudiants des diverses Facultés est si considérable ; aussi le Conseil de l'Université attend-il grand bien de cette création.

Les remerciements des étudiants et du corps professoral doivent aller aux généreux donateurs. Nous y joignons le témoignage de notre vive gratitude.

— Parmi les récentes nominations de membres correspondants que vient de faire la Société de médecine légale de Paris, nous relevons avec plaisir celle de M. le docteur DUTILLEUL, de Lille, à qui nous adressons nos sincères félicitations.

Notre Carnet

Le docteur BOULENGER, d'Houvin-Houvigneul (Pas-de-Calais), nous fait part de la naissance de sa fille SUZANNE. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

— M. ERICSON, étudiant en médecine de Lille, nous fait part de la naissance de sa fille VIOLETTE. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour le rétablissement de Madame ERICSON et pour la santé de l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs BROU-DUCLAUX, médecin principal des colonies à Nice (Alpes-Maritimes) ; PARIS, de Bègles (Gironde) ; FRISON, d'Alger (Alger) ; Paul GARNIER, médecin en chef du dépôt de Paris.

DESPRETZ, de Saint-Quentin.

BIBLIOGRAPHIE

Les indications des interventions chirurgicales dans les maladies internes, à l'usage des Médecins Praticiens, par le Professeur HERMANN SCHLESINGER (de Vienne) traduction française de MM. les Docteurs LICHTWITZ et SABRAZÈS, Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux de Bordeaux. PREMIÈRE PARTIE : Maladies du système nerveux, des os et des articulations, de la plèvre, du médiastin, du système circulatoire et du tube digestif. Un volume in-18 jésus, 4 fr.

L'ouvrage sera complet en trois parties indépendantes les unes des autres et se vendra séparément.

MM. les Docteurs L. LICHTWITZ et J. SABRAZÈS, de Bordeaux, viennent de traduire en français le livre du Professeur H. SCHLESINGER, de Vienne, sur les indications opératoires dans les maladies internes.

Cet ouvrage n'a pas d'analogue dans notre littérature médicale. Il répond à l'heure actuelle à un impérieux besoin. Il sera certainement accueilli chez nous avec la même faveur et le même empressement de la part de MM. les Praticiens, Médecins et Chirurgiens, et de MM. les Etudiants, qu'en Autriche et en Allemagne, où les deux premiers volumes déjà parus ont obtenu tant de succès. C'est là, en effet, une œuvre éminemment clinique qui tient et au delà les promesses de son titre car, en outre de la discussion des indications opératoires, elle comprend la discussion du diagnostic avec mise en valeur des symptômes essentiels dans les divers cas envisagés. Toute la pathologie médicale est ainsi passée en revue dans des pages d'une lecture facile, quoique substantielles, remplies d'exemples concrets tirés pour la plupart de la pratique de l'auteur qui s'est depuis longtemps spécialisé dans ces études.

H. SCHLESINGER n'a pas seulement condensé dans son livre les fruits de son expérience clinique; il a dégagé des travaux les plus importants publiés dans les divers pays sur ce sujet, l'opinion la plus judicieuse qui servira de ligne de conduite au médecin et au chirurgien appelés à juger de l'opportunité d'une intervention.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

10e SEMAINE DU 12 AU 18 MARS 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	5
3 mois à un an	12	5
1 an à 2 ans	3	3
2 à 5 ans	2	2
5 à 20 ans	»	1
20 à 60 ans	17	19
60 ans et au-dessus	14	16
Total	55	51

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Erysipèle	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	1	»	»	1	2	»	1	»	»	»	»	»	»	3	11	3
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	3	»	1	»	»	1	»	2	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2	11	14
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	1	3	»	»	2	»	2	»	1	»	»	1	3	»	»	1	2	»	1	17	23
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	4	1	»	1	»	»	»	»	2	2	1	4	»	»	»	»	»	2	17	35
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»	2	»	1	»	1	»	»	»	»	»	1	8	11
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	1	2	»	»	»	»	1	»	»	»	7	6
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	1	4	19
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	2	»	»	»	»	»	4	8	12
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	1	»	2	3	»	»	»	»	»	»	1	10	16
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	1	»	1	4	6
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6
Total	»	»	»	1	14	1	2	13	1	3	»	7	7	8	8	12	»	1	2	3	»	16	99	143

N° 429. Neuvième Année. N° 14 Le Numéro : **10** centimes 2 Avril 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'Ankylostomiase (1)

MALADIE SOCIALE (anémie des mineurs)

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

par

A. Calmette,
Membre correspondant de l'Institut et de l'Académie de Médecine,
Directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

et

M. Breton,
Chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine.
Assistant à l'Institut Pasteur de Lille.

On désigne sous le nom d'*ankylostomiase* ou d'*ankylostomasie* une maladie contagieuse, cliniquement caractérisée par des troubles gastro-intestinaux et par des symptômes d'anémie plus ou moins graves. Ses manifestations sont très variables suivant les sujets, les localités et les climats ; mais partout où on l'observe, elle est due à la présence de petits vers fixés parfois en grand nombre dans la muqueuse de l'intestin grêle, plus particulièrement dans le duodénum. Ces petits vers, en raison de leur forme incurvée et de leur localisation habituelle, sont connus sous le nom d'*ankylostome duodénal* (ἀγκύλος, courbe, στόμα, bouche).

L'*ankylostomiase* est une affection très répandue à la surface du globe : on la rencontre surtout communément dans les pays tropicaux où elle frappe indifféremment toutes les races et où elle reste à l'état endémique. Dans la zone tempérée de l'Ancien et du Nouveau-Monde, elle s'étend sous forme d'endémo-épidémie partout où le ver parasite qui la produit trouve les conditions favorables à son développement, c'est-à-dire une température constamment oscillante entre 18° et 28° centigrades, avec une humidité et une aération suffisantes. Or, ces conditions ne sont guère réalisées que dans les chantiers souterrains des galeries de mines ou des tunnels et dans certaines briqueteries. C'est pourquoi on ne l'a presque exclusivement signalée jusqu'ici, en Europe, que dans les exploitations houillères où elle prend depuis quelques années une extension tellement considérable qu'on est obligé d'envisager la nécessité d'arrêter sa diffusion par des mesures énergiques d'ordre social.

Disons tout de suite que le syndrome clinique connu sous le nom d'*anémie des mineurs* exprime fréquemment les effets de l'infection ankylostomiasique, mais qu'il ne doit pas être identifié avec cette dernière

(1) Extraits d'un livre intitulé : l'*Ankylostomiase*. Librairie Masson, 1905, p. 246.

Nous pensons avec Fabre (de Commentry) (1) que toutes les causes de déchéance organique auxquelles le mineur se trouve exposé par son hygiène trop souvent défectueuse et par son travail souterrain au milieu de poussières de charbon, dans une atmosphère humide, chaude et parfois mélangée de gaz toxiques, sont susceptibles de produire l'*anémie*.

Celle-ci apparaît ordinairement comme conséquence de l'*infection ankylostomiasique*, mais elle peut exister sans que l'ankylostome entre en jeu.

Diagnostic de l'Ankylostomiase. — La constatation d'une anémie grave, s'accentuant d'une façon lente et progressive, accompagnée de désordres gastriques et intestinaux, ayant permis la conservation de l'embonpoint et amené la production d'une formule hématologique spéciale, a une valeur diagnostique considérable. Mais l'ankylostomiase n'est pas la seule affection susceptible de produire un tel état anémique, et nous sommes obligés de passer en revue les nombreuses maladies qui répondent cliniquement à ce syndrôme, au cours de leur évolution.

Les signes qui serviront à poser un diagnostic sont de deux ordres : les uns, signes de probabilité, relèvent de l'examen clinique du malade et de l'étude de son sang ; les autres, de certitude, reposent sur l'examen microscopique des matières fécales et sur la présence d'œufs d'ankylostomes dans les selles.

On a cherché dans ces derniers temps à classer les anémies d'après les caractères hématologiques, d'après le mode de fonctionnement des organes hématopoïétiques, ou selon leur nature symptomatique ou essentielle (Marcel Labbé). La diminution du nombre des globules rouges, ou celle de la teneur de ceux-ci en hémoglobine, leurs altérations morphologiques, la constatation de formes leucocytaires spéciales indiquent la souffrance ou la suractivité des organes hématopoïétiques, ou la présence de poisons globulaires dans la circulation.

Cette étude contribue sans doute à éclairer le diagnostic, mais elle ne suffit point à l'établir.

La dénomination d'*anémies essentielles* cache simplement notre ignorance de leur cause. Elle répond au point de vue clinique et anatomo-pathologique à la description générale de ce qu'on est convenu d'appeler l'*anémie progressive pernicieuse*. Cette rubrique englobe en réalité toute une série d'affections caractérisées par une déglobulisation avec ou sans altérations morphologiques des hématies et par une décoloration plus ou moins intense de la peau et des muqueuses, avec troubles cardio-vasculaires.

Ces affections peuvent résulter d'une foule de causes différentes, d'ordre infectieux ou toxique. Elles peuvent apparaître au cours des maladies dues aux trypanosomes, ou aux hématozoaires d'autres espèces, telles que la malaria, ou bien à la suite d'infections par des agents microbiens capables de sécréter des poisons du sang tels que les hémolysines, ou bien encore à la suite d'infections intéressant plus spécialement les organes hématopoïétiques.

Il est presque impossible de les différencier cliniquement si ce n'est en tenant compte des circonstances de leur apparition. La chlorose des jeunes filles, par exemple, si fréquente au moment de la crise de la puberté, se manifeste par des symptômes exactement semblables à ceux de l'ankylostomiase : seuls, les commémoratifs et la formule hématologique permettent de ne point les confondre.

On peut en dire autant de toutes les anémies symptomatiques, de celles, par exemple, qui accompagnent ou suivent les hémorragies abondantes ou répétées et de celles qui résultent de suppurations prolongées ou du développement de tumeurs malignes.

L'examen du sang permettra toujours de reconnaître si l'on a affaire à une *lymphadénie* avec ou sans *leucémie*. Cette affection s'accompagne d'une prolifération tellement intense des leucocytes sans augmentation du nombre des éosinophiles, qu'on ne pourrait guère la confondre avec l'ankylostomiase.

Les anémies consécutives aux maladies infectieuses aiguës sont rarement aussi prononcées que celles dues à l'ankylostome. Leur nature sera facilement décelée par la recherche des antécédents morbides et par l'absence d'une formule hématologique particulière. La persistance de certains symptômes ou l'existence d'une réaction sanguine spéciale comme le séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde, éclaireront souvent le diagnostic.

Les maladies aiguës qui laissent, après leurs atteintes un état anémique plus ou moins accusé sont surtout la fièvre jaune, la variole, la fièvre typhoïde, la coqueluche, le rhumatisme, les streptococcies. Il en est de même de quelques affections chroniques, telles que la syphilis et le mal de Bright. Marcel Labbé [1] cite le cas

(1) Congrès international de Genève, p. 349, 1883.

1. Marcel Labbé et Lortat Jacob, *Soc. Anato.* juillet 1903.

d'un malade chez lequel avait apparu une anémie progressive inexplicable durant la vie ; après sa mort, on constata à l'autopsie qu'il était atteint de néphrite épithéliale. Il avait présenté une hypoglobulie intense avec mononucléose. Il s'agissait là d'une anémie par dilution du sang.

Parmi les intoxications anémiantes, d'ordre chimique, l'une des plus communes est celle due au plomb ou aux composés plombiques (céruse, minium). On décèlera celle-ci facilement en raison de la coexistence de manifestations douloureuses, de troubles gastriques ou intestinaux, de paralysies des extenseurs et du liseré gingival de BURTON. Elle s'accompagne fréquemment d'hypoglobulie avec apparition de granulations basophiles dans les hématies (GRAWITZ et SABRAZÈS).

L'anémie consécutive à l'action prolongée du mercure chez les syphilitiques est plus susceptible d'être confondue avec l'ankylostomiase à première vue. L'action toxique du mercure sur les hématies est bien démontrée par l'expérience dite de JUSTUS.

Cet auteur a constaté que, dans les cas non traités de syphilis congénitale et de syphilis secondaire ou tertiaire, une friction mercurielle suffit, pour provoquer dans les premiers vingt-quatre heures, une perte d'hémoglobine de 10 à 20 pour 100. La notion d'une thérapeutique mercurielle antérieure doit donc attirer l'attention du médecin.

Il faut se rappeler aussi que beaucoup de *poisons chimiques, liquides ou gazeux* et un certain nombre de *médicaments* (chlorate de potasse, antypirine, phénacétine, phénol, etc.), absorbés à doses répétées, sont capables de produire de l'anémie avec altérations plus ou moins profondes des éléments figurés du sang. Il en est de même de la bile résorbée, des sels biliaires et de beaucoup de toxines bactériennes hémolytiques.

On n'oubliera pas non plus que la plupart des *parasites intestinaux* peuvent manifester leur présence uniquement par des symptômes d'anémie. C'est ainsi que le *tænia bothriocéphale* produit une hypoglobulie intense pouvant abaisser à 395.000 la teneur du sang en globules rouges d'après FÉDOROFF, sans hyperleucocytose très marquée. L'expulsion du ver amène d'ailleurs rapidement la guérison. Le *tænia solium* a été également incriminé comme cause d'anémie dite pernicieuse : RECHYCH en a fourni une observation assez probante.

Enfin, les *oxyures*, l'*ascaris*, l'*anguillule intestinale*, ont exceptionnellement occasionné des pertes sanguines avec anémie notable. La caractéristique de ces diverses infections parasitaires est de produire une augmentation du nombre des éosinophiles. Ce fait a été confirmé par BUCKLERS et WEIL pour les oxyures ; par BUCKLERS et SCHULZE pour l'ascaris.

Les différentes formules hématologiques que l'on observe en pareils cas sont très bien exposées dans la thèse de LIMASSET (1).

La conséquence des faits que nous venons d'exposer est que l'examen du sang ne permet pas à lui seul d'établir le diagnostic de l'ankylostomiase. Celui-ci ne peut être affirmé que par la présence d'œufs d'ankylostomes dans les matières fécales. Il importe donc au premier chef de savoir bien reconnaître ces œufs et de ne pas les confondre avec ceux d'autres parasites.

EXAMEN MICROSCOPIQUE DES MATIÈRES FÉCALES. — L'examen microscopique des matières fécales n'exige qu'une technique simple et un outillage peu compliqué. Un bon microscope avec un grossissement de 800 diamètres peut suffire à tous les besoins.

Pour éviter le transport au laboratoire de vases contenant les déjections, on se servira avantageusement de petites boîtes cylindriques en zinc, à couvercle glissant, à frottement dur, et portant un numéro d'ordre, frappé en creux. A l'intérieur du couvercle est soudée une petite pelle en métal qui permet de prélever un fragment de matières à examiner. Ce dispositif très pratique est peu coûteux. Les boîtes se nettoient très facilement et sont désinfectées par simple ébullition dans l'eau.

Une parcelle de matière est déposée au centre d'une lame porte-objet ; on l'étale avec un fil de platine ou une aiguille à dissocier, en la diluant d'une ou deux gouttes de glycérine ou simplement d'eau. On dépose une lamelle couvre-objet sur la lame, en appuyant légèrement, de manière à réduire le plus possible l'épaisseur de la couche à examiner.

On porte alors la préparation sous le microscope et on la lit dans toute son étendue de gauche à droite et de haut en bas avec un grossissement de 300 ou 400 diamètres.

Les œufs d'ankylostomes se reconnaissent facilement, avec un peu d'habitude, à leur forme ovale, à leur contour régulier et à leur transparence qui laisse voir à l'intérieur les blastomères en voie de segmentation.

Nous devons nous borner ici à mentionner les prin-

(1) LIMASSET, *Thèse Paris*, 1901.

cipaux caractères des œufs d'autres parasites que l'on rencontre dans les déjections et qu'on pourrait confondre avec ceux de l'ankylostome.

Citons tout d'abord, dans l'ordre des *Nématodes*, ceux de l'*ascaris lumbricoïdes*. Ces œufs sont ellipsoïdes ; ils mesurent de 50 à 75 μ de longueur sur 40 à 50 μ de largeur. Exceptionnellement, leur forme peut être sphérique ou se rapprocher de celle d'un barillet. Ils sont toujours d'une teinte beaucoup plus foncée que celle de l'œuf d'ankylostome. Leur surface est inégale, parsemée de petites bosses. En les comprimant entre lame et lamelle, celles-ci se détachent et la coque apparait alors lisse, mais très épaisse et formant un double contour. Il est difficile d'apercevoir le contenu de l'œuf et l'on n'y voit jamais trace de segmentation ni d'embryon : son développement ne commence à se manifester que hors de l'intestin et assez longtemps après son expulsion.

Les œufs d'*oxyure* sont oblongs, lisses, non symétriques ; l'un de leurs bords étant plus déprimé que l'autre, ils présenteut l'aspect d'un haricot. Leurs dimensions sont de 50 à 54 μ de longueur et de 20 à 25 μ de largeur. Le blastoderme est souvent segmenté au moment de la ponte, et on aperçoit parfois l'embryon déjà tout formé.

La paroi unie, transparente, apparaît avec un double contour beaucoup moins réfringent que celui de l'ankylostome.

On a cru longtemps que l'embryon pouvait éclore dans le tube digestif et subir sur place son évolution. Leuckart pense qu'il n'en est rien.

Le diagnostic clinique de l'infection par oxyures est facilité par l'expulsion fréquente de petits vers blancs filiformes, à cuticule striée, longs de cinq à dix millimètres, provoquant une sensation de ténesme et un prurit anal violent.

Les œufs du *Trichocephalus dispar* se rencontrent souvent en nombre considérable dans les déjections. Leur aspect est assez caractéristique pour éviter toute erreur. Ils sont ovales, longs de 51 à 56 μ et larges de 24 à 26 μ. Leur forme est celle d'un citron, avec les deux extrémités du grand axe garnies d'une sorte de bouton saillant, brillant et de teinte plus claire que la coque dont la couleur est brunâtre. La paroi est à double contour. Si l'œuf vient d'être expulsé, on n'y voit ni embryon ni trace de segmentation, mais seulement une tache claire avec un point obscur au centre. Le travail de segmentation ne s'effectue que hors de l'organisme, dans l'eau, et il dure plusieurs mois. Davaine a conservé des œufs en état de vie latente pendant cinq ans. Le parasite adulte a environ 45 millimètres de longueur ; sa partie antérieure est effilée et plus étendue que la partie postérieure.

Le *Strongyloïdes intestinalis* a été décrit par Bavay sous le nom d'*anguillula stercoralis*. Normand, qui l'a observé dans les déjections des malades atteints de diarrhée de Cochinchine, a cru qu'il s'agissait d'une espèce spéciale à cette affection et lui avait donné le nom d'*anguillula intestinalis*.

Ce parasite présente un embryon dont la ressemblance morphologique avec la larve d'ankylostome est très grande. Les œufs eux-mêmes sont de forme assez semblable, ellipsoïdes, de teinte jaunâtre, à coque lisse et réfringente. Ils ont 70 μ de longueur et 45 μ de largeur, plus longs par conséquent et surtout plus pointus aux pôles que ceux de l'ankylostome. Dès la ponte, ils se segmentent rapidement et l'embryon peut être mis en liberté dans l'intestin quelques heures après. Il mesure 200 à 240 μ de long sur 12 μ d'épaisseur et s'accroît bientôt jusqu'à atteindre une longueur double de la précédente. Il se distingue par la forme de l'œsophage qui rappelle les larves de *rhabditis* et par la mobilité beaucoup plus grande que celle des larves d'ankylostome. Du reste celles-ci ne se rencontrent jamais dans l'intestin ni dans le bol fécal.

Les larves rhabditoïdes de l'anguillule peuvent devenir strongyloïdes dans l'intestin qui les héberge. Leur queue se raccourcit alors et présente deux saillies latérales près de l'extrémité. La bouche a quatre prolongements labiaux. L'œsophage est cylindrique. Il n'existe pas d'armature dentaire.

Au bout de huit jours, toutes les larves sont devenues strongyloïdes et elles périssent si elles ne réintègrent pas l'organisme humain.

En somme, les différences structurales qui séparent l'anguillule de l'ankylostome sont légères. La découverte de formes embryonnaires dans les selles, la rapidité de l'évolution et la faible résistance des larves d'anguillules aux agents chimiques et physiques mettront cependant assez facilement l'observateur sur la voie du diagnostic. Ajoutons aussi que l'anguillule semble dénuée de toute influence nocive sur l'intestin et sur l'organisme humain, de sorte qu'on ne peut lui attribuer les méfaits de l'ankylostome.

Parmi les *Cestodes*, le *Tænia solium* et le *T. saginata*

produisent des œufs dont la diagnose est facile. Ceux du *T. solium* sont de forme ovale ou globuleuse, d'un diamètre de 31 à 36 μ et entourés d'une membrane mince, doublant extérieurement une coque épaisse qui enclôt l'embryon, dont le diamètre est de 20 μ. La coque est striée radialement, de couleur jaunâtre.

Ceux du *T. saginata* sont plus allongés : ils mesurent de 30 à 40 μ de longueur, et 20 à 33 μ de largeur. Ils sont presque toujours entourés de leur membrane vitelline. La coque est striée radialement et plus transparente que celle des œufs du *T. solium*.

Les œufs du *Bothriocephalus latus*, de couleur brunâtre, ont une forme elliptique comme ceux de l'ankylostome, mais ils mesurent de 68 à 71 μ, suivant leur grand axe et de 44 à 50 μ de largeur. Le protoplasma est peu transparent, ordinairement en voie de segmentation au moment de la ponte, et entouré de nombreuses masses vitellines. L'épaisseur du vitellus et les dimensions de l'œuf suffisent à le différencier.

L'éclosion s'effectue dans l'eau. L'embryon formé se compose d'un endoderme revêtu d'un ectoderme cellulaire, couvert lui-même de cils vibratiles. Cet endoderme est pourvu de trois paires de crochets. L'embryon soulève l'opercule de l'œuf pour nager dans l'eau. Parfois le manteau cilié se déchire et l'embryon hexacanthe est mis en liberté. Lorsqu'il vient à être ingéré, son développement s'effectue avec une rapidité telle que les œufs apparaissent dans les déjections après 18 à 25 jours.

L'*hymenolepis nana*, ou *Tœnia nana*, se rencontre dans l'intestin grêle de l'homme, et est surtout fréquent en Égypte, en Italie et en France, particulièrement chez les enfants. Ses œufs sont arrondis ou ovalaires et ne mesurent que de 30 à 35 μ de diamètre. Il sont entourés de trois enveloppes dont la distinction n'est pas toujours facile. L'enveloppe interne présente à chaque pôle un mamelon peu apparent. Les crochets de l'embryon sont assez difficiles à voir ; leurs dimensions sont de 10 à 14 μ. L'expulsion de ces œufs, comme d'ailleurs celle des œufs du *T. solium* et du *T. saginata*, est généralement accompagnée d'anneaux. Ils sont toujours peu abondants.

Dans l'ordre des *Trématodes*, quelques parasites, hôtes anormaux et exceptionnels de l'intestin de l'homme, produisent des œufs qui ont pu être confondus avec ceux de l'ankylostome. Nous les citons, bien qu'il soit rare de les rencontrer en Europe. Le *distome hépatique* ou *fasciola hepatica*, vulgairement appelé *douve du foie*, pond des œufs ovales, operculés, longs de 130 à 140 μ, larges de 70 à 90 μ, bruns jaunâtres, à parois minces, transparentes, légèrement ridées et semblant former un double contour. Ces œufs sont émis dans les fèces en toutes saisons et expulsés en quantités innombrables. La segmentation commence à l'intérieur même de l'utérus, mais le développement ne s'achève qu'à l'extérieur du corps humain, sous l'influence de l'humidité et d'une température modérée. Après trois semaines, l'embryon sort en soulevant l'opercule situé à l'un des pôles : il a l'aspect d'un corps allongé, couvert de cils vibratiles, plus large à la portion antérieure où il existe une éminence papilliforme. Cette partie antérieure contient un tube digestif et la postérieure est remplie de cellules germinatives. L'embryon nage dans l'eau. Nous n'insistons pas sur les transformations successives du parasite, qui, devenant un sporocyste inactif, donne naissance à des redies qui produisent à leur tour une nouvelle série, soit de redies, soit de cercaires.

D'autres distomes, tels que le *Dicrocœlium lanceolatum* sont encore plus rarement observés. Les œufs sont de teinte brune ou fauve, noircissant à l'air, longs de 38 à 45 μ, larges de 22 à 30 μ. La coque est très épaisse, à double contour. Ils contiennent, au moment de la ponte, un embryon cilié seulement à la partie antérieure du corps. Les migrations de ce distome sont inconnues.

Enfin le *Schistosomum hœmatobium*, ou *Bilharzia hœmatobia* est un parasite exclusif de l'espèce humaine. Ce trématode peut déterminer du côté du tube digestif des lésions analogues à celles que l'on observe dans la vessie dans les cas d'hématuries bilharziennes. Au premier abord, on pense à des hémorroïdes ; mais la fréquence des hémorragies, la douleur, le ténesme, enfin des accidents généraux plus graves mettent sur la voie du diagnostic. Celui-ci ne peut être fixé que par la recherche des œufs qui sont ovoïdes et mesurent de 135 à 160 μ de long sur 55 à 65 de large. Ils ont une paroi lisse, à triple contour, et portent ordinairement à l'un des pôles un prolongement épineux qui se montre parfois un peu latéral ; on ne voit pas l'opercule. L'embryon ne se développe pas avant la ponte, mais il se forme en général dans le corps de l'hôte. Il est immobile tant qu'il est contenu dans un liquide physiologique ; mais à peine est-il dans l'eau que l'œuf se gonfle, s'allonge, montrant l'embryon écarté

de ses parois, cilié et portant à l'une de ses extrémités une sorte de rostre inerme qui représente sans doute un appareil perforateur. De la base du rostre partent deux canaux qui aboutissent chacun à une grosse glande unicellulaire. Entre ces canaux, une masse granuleuse correspond à un tube digestif rudimentaire. Le corps est étranglé en trois endroits. En arrière des deux segments antérieurs, on distingue une paire d'entonnoirs flagellés (RAILLIET). L'embryon ne tarde pas à faire éclater l'œuf et à subir diverses modifications dont nous n'avons plus à nous occuper ici.

On voit, par ce qui précède, que lorsqu'on pratique l'examen microscopique des déjections humaines, on est exposé à y rencontrer des œufs provenant de parasites très divers. Avec un peu d'habitude, il est facile de les reconnaître et de les différencier ; mais, dans le doute, on ne devra jamais négliger de pratiquer l'ensemencement d'une petite quantité de matières fécales sur le milieu de Looss, et de porter la culture dans une étuve dont la température sera autant que possible voisine de 25°. L'évolution des larves d'ankylostomes s'effectuant, sur ce milieu, en trois à cinq jours, le diagnostic s'établira avec précision, et on ne s'exposèra à aucune cause d'erreur.

Il faut savoir que, très souvent, on rencontre, dans les fèces, les œufs de plusieurs sortes de parasites : il est même rare que l'ankylostome s'y trouve seul. Chez les mineurs du Nord de la France, les œufs de trichocéphale et ceux d'ascaris sont particulièrement fréquents, et il n'est pas exceptionnel d'observer, dans la même déjection, à la fois de l'ankylostome, du trichocéphale, de l'ascaris et de l'oxyure !

Il est toujours recommandable d'étudier les matières au plus tard vingt-quatre heures après leur évacuation, car les fermentations microbiennes ne tardent pas à détruire les œufs ou à les déformer à tel point qu'ils deviennent difficiles à reconnaître. Si l'on était obligé de retarder l'examen ou d'expédier les produits à un laboratoire éloigné on devrait prendre soin de les délayer dans un mélange à parties égales de glycérine et d'alcool, ou, mieux encore, dans une solution saturée de fluorure de sodium.

TRAITEMENT DE L'ANKYLOSTOMIASE. — En présence d'un cas d'infection ankylostomiasique, soit qu'il s'agisse d'un sujet atteint d'anémie spécifique, soit qu'il s'agisse d'un simple porteur de ver, la première indication à remplir consiste à expulser les parasites intestinaux au moyen d'une médication anthelminthique.

Celle-ci devra être continuée jusqu'à la disparition complète et persistante des œufs d'ankylostome dans les déjections.

Or, si les vers sont nombreux, comme il arrive fréquemment, il est extrêmement rare qu'un seul traitement puisse suffire. Leur expulsion est rendue très difficile par suite de leur mode de fixation dans les couches profondes de la muqueuse et en raison de leur résistance aux divers agents thérapeutiques. On est donc obligé, dans la plupart des cas, de faire suivre au malade une série de traitements successifs et suffisamment rapprochés pour que leurs effets se superposent. Cette médication est assez pénible à supporter quel que soit l'agent thérapeutique auquel on donne la préférence.

Le nombre des substances susceptibles d'être efficacement employées est d'ailleurs restreint. La plupart de celles que l'on utilise pour l'expulsion des différents parasites intestinaux, tœnias, tricocéphales, ascaris, oxyures, sont impuissantes vis-à-vis de l'ankylostome.

L'écorce de racine de grenadier et son principe actif la pelletiérine, le kousso, la santonine, le chénopode, ont été essayés tour à tour sans succès.

Seuls l'extrait de fougère mâle (ou extrait filicique) et le thymol, administrés l'un ou l'autre à hautes doses avec des purgatifs drastiques, donnent des résultats satisfaisants.

La méthode de traitement instituée par les médecins du Knappschaftverein, en Westphalie, est le suivant : Les ouvriers mineurs porteurs du ver entrent le lundi au baraquement DOECKER, pour y subir leur cure.

Dans la soirée on leur administre un purgatif qui est généralement composé de 0 gr. 25 de poudre de jalap et de 0 gr. 25 de calomel.

Le mardi matin, on leur fait avaler 8 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle avec 20 à 30 grammes de sirop de séné.

Le mardi soir, repas léger. Le lendemain, repos.

Le mercredi soir, nouvelle purgation avec 0 gr. 25 de jalap et 0 gr. 25 de calomel.

Le jeudi matin, encore 8 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle avec 20 à 30 grammes de sirop de séné.

Le jeudi soir, repas.

Le vendredi soir, troisième purgation avec 0 gr. 25 de jalap et 0 gr. 25 de calomel.

Le samedi matin, 4 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle et 20 grammes de sirop de séné.

Dans la soirée, le malade est autorisé à rentrer chez lui, et on lui donne quatre jours de repos avec son salaire complet.

Le traitement dure donc six jours pleins. Dans 80 pour 100 des cas, les vers sont totalement expulsés.

L'examen des déjections est pratiqué trois fois de suite à 24 heures d'intervalle ; s'il n'existe plus d'œufs, le mineur reçoit son certificat de guérison.

Lorsque l'expulsion des vers n'a pas été complète, l'ouvrier est seulement autorisé à travailler au jour, mais les règlements de police allemands lui interdisent de descendre dans la mine. Il devra, quinze jours ou trois semaines plus tard, subir de nouveau une série de cures.

Pendant toute la durée de l'hospitalisation au baraquement, le mineur reçoit l'intégrité de son salaire (4 marks par jour), dont la moitié est payée par la caisse du Knappschaftverein et la moitié par le charbonnage auquel il appartient. Les frais de traitement, de même que ceux du personnel et du matériel hospitaliers, incombent exclusivement au Knappschaftverein.

Au Dispensaire du mineur de Liège, MALVOZ et LAMBINET réalisent la cure par l'emploi combiné de l'extrait de fougère mâle et du chloroforme. Voici leur méthode de traitement qui est moins pénible, mais un peu moins souvent suivie de succès que celle usitée en Allemagne :

Le premier jour, purgatif drastique (huile de ricin ou eau-de-vie allemande). Diète lactée.

Le deuxième jour { Extrait de fougère mâle... 4 grammes. / Chloroforme............. 2 —

En deux doses administrées à une demi-heure d'intervalle.

Deux heures après : 200 grammes d'eau chloroformée à saturation.

Deux heures après { Eau-de-vie allemande... 20 grammes. / Sirop de nerprun...... 20 —

Le troisième jour, repos.

Le quatrième jour, nouveau purgatif drastique.

Le cinquième jour, même traitement que le deuxième jour.

Le sixième jour, repos et sortie du malade dans la soirée.

MALVOZ insiste avec raison sur l'importance de la qualité de l'extrait éthéré de fougère mâle. Celui qu'on se procure chez les pharmaciens est rarement de bonne qualité, parce que sa préparation est fort délicate et qu'elle doit être récente (1). Celui qui lui a été fourni par la fabrique de produits chimiques de Merck, à Darmstadt, lui a donné pleine satisfaction.

Employée à très haute dose (15 à 20 grammes) cette drogue détermine parfois des troubles visuels, des syncopes, des vertiges et une albuminurie passagère. NUEL et MASIUS ont insisté sur ses effets nocifs sur les yeux. Disons cependant qu'en Allemagne, sur plus de 19 000 ouvriers soumis au traitement jusqu'à ce jour, on n'a observé que trois cas d'affaiblissement de la vue ou de cécité, dont deux sur des sujets déjà profondément anémiés. On évite d'ailleurs ces accidents en fractionnant les doses et en prenant soin de *ne pas administrer de l'huile de ricin comme purgatif avec l'extrait de fougère mâle* : l'huile dissout l'acide filicique qui constitue le principe actif de cet extrait et en facilite exagérément l'absorption (POULSSON).

On trouve dans le commerce plusieurs spécialités pharmaceutiques à base d'extrait de fougère mâle ou d'acide filicique, et présentées sous forme de bols, de capsules ou de potions. Bornons-nous à citer, parmi ces dernières, le « Tœnifuge français » de DUHOURCAU, qui est un mélange d'extrait de fougère mâle et de chloroforme additionné d'une demi-goutte d'huile de cróton. HERMAN (de Mons) dit en avoir obtenu de bons résultats.

GOLDMANN, de Brennberg (Hongrie), prépare un médicament spécial anti-ankylostomiasique, qu'il emploierait avec un succès presque constant ; mais jusqu'à présent, il n'en a pas publié la composition.

Le *thymol*, ou *acide thymique* est surtout préconisé en Italie, en Angleterre et en Amérique, de préférence à l'extrait de fougère mâle.

On l'administre le plus ordinairement à la dose de 4 à 8 grammes en cachets ou en capsules gélatineuses. LEICHTENSTERN en ordonne même jusqu'à 15 grammes.

La veille du traitement, le malade est astreint à une diète lactée rigoureuse et, le soir, il prend un purgatif : 0 gr. 50 de calomel associé à 0 gr. 25 de poudre de jalap ou à 2 grammes de poudre de séné.

Le lendemain matin, on fait avaler toutes les deux heures 2 grammes de thymol jusqu'à concurrence de 6 à 8 grammes. Chaque dose doit être suivie de l'ingestion d'une tasse de tisane chaude.

Repos absolu au lit.

Dans l'après-midi, on peut laisser boire du bouillon, du lait et du café, mais il faut exiger l'abstention totale de l'alcool qui, dissolvant le thymol, entraînerait des accidents graves. On doit éviter de même les purgatifs

(1) L'acide filicique se convertit, avec le temps, en acide filicique hydraté qui se dépose en cristaux et devient inactif.

huileux; l'eau chloroformée, la glycérine et l'éther qui dissolvent également le thymol et faciliteraient son absorption.

L'intoxication par le thymol se manifeste par un abaissement de la température, un ralentissement du pouls et de la respiration, du collapsus et du délire. Le malade éprouve une violente sensation de brûlure dans le tube digestif et l'estomac. On apaise celle-ci en faisant ingérer de l'eau froide et de petits morceaux de glace.

Les urines se colorent en vert olive et foncent en couleur par le repos au contrat de l'air.

Le thymol est contre-indiqué chez les sujets faibles, chez les personnes âgées et chez celles qui éprouvent des troubles cardiaques ou qui présentent des lésions viscérales chroniques Il produit assez souvent un peu d'albuminurie et quelquefois des hématuries passagères.

Il est regrettable que cette substance soit d'un maniement si délicat, car, en raison de sa composition chimique, elle présente l'avantage d'être d'une activité constante et facile à doser.

Les dérivés du thymol (thymol-uréthane, etc.) n'ont aucune efficacité.

La *doliarine*, ou *doléarine*, employée depuis quelque temps au Brésil, est un ferment semblable, sinon identique à la papaïne, tiré du suc laiteux du *ficus doliaria* (Urticacées), arbres de la région de l'Amazone. Les doses administrées par Wucherer et Guimaraes sont de 30 grammes, répétés tous les trois jours, ou de 15 grammes par jour jusqu'à disparition des œufs. Avec cette médication, il n'est pas utile d'imposer la diète ni le repos.

Ce produit est inconnu en Europe. Nous avons pu l'expérimenter en faisant suivre son ingestion d'un purgatif huileux, et les résultats ont été excellents.

Cestains tœnifuges d'Abyssinie ont été préconisés contre l'ankylostomiase. Nous citerons surtout parmi eux l'*habbitchogo*, ou bulles de l'*oxalis anthelmintica* ; le *balbidia*, ou *celosia adœnsis*; le *musenna*, ou *moncena*, écorse de l'*Albizzia anthelmintica*, d'où Gastinel a tiré la *musénine*.

Schemper, gouverneur d'Adua, a observé les effets de cette dernière drogue, et Goldmann prétend qu'elle constitue l'agent le meilleur et le plus inoffensif contre l'ankylostomiase.

Grâce à l'obligeance de M. Dybowski, directeur de l'école d'agriculture coloniale de Paris, nous avons pu nous procurer un spécimen d'écorce d'Albizzia et nous l'avons expérimenté chez des ouvriers mineurs porteurs du ver. Les résultats obtenus furent absolument nuls, soit après l'ingestion de 20, 30 et 40 grammes d'une infusion de poudre d'écorce dans 250 grammes d'eau bouillante (la poudre et le liquide étant absorbés ensemble) ; soit après l'ingestion de un à deux grammes de résine obtenue par évaporation de l'extrait éthéré de l'écorce et préalablement dissoute dans 30 grammes d'huile de ricin. Sous cette forme, l'Albizzia produit des effets purgatifs très violents accompagnés de ténesme, de coliques douloureuses avec tendance à la syncope, étourdissements, troubles de la vue et de l'ouïe ; mais les ankylostomes ne sont pas expulsés.

Quel que soit le mode de traitement choisi, il est nécessaire de rechercher les vers dans les déjections ; à cet effet, on recommandera au malade de déféquer dans un vase contenant de l'eau. Avec une cuiller de bois à long manche, on malaxera les matières dans le liquide et on jettera le mélange sur un tamis en toile métallique à mailles fines de 1 à 2 millimètres de diamètre. Un léger courant d'eau projeté sur le tamis permettra le passage des matières fécales à travers les mailles, et les vers adultes, mâles et femelles, retenus par le tamis, pourront être facilement recueillis avec une pince. On les réunira dans un petit flacon contenant de l'eau chloroformée ou de l'alcool.

Il arrive parfois que des malades rendent ainsi jusqu'à mille ankylostomes en une seule cure !

Lorsque les vers sont expulsés, la seconde indication à remplir est de hâter la guérison complète en traitant l'*anémie*. Celle-ci disparaît le plus souvent en quelques semaines. Il faut procurer au malade une nourriture réconfortante et du repos. Lutz affirme que le régime lacté est alors excellent. On peut utilement y ajouter quelques préparations ferrugineuses ou arsenicales. L'hydrothérapie, sous formes de douches froides en pluie, est aussi très recommandable.

Solubilité de la cholestérine animale dans quelques éléments de la bile ; contribution à l'étude de la formation des calculs biliaires,

par M. le professeur **Ern. Gérard** (1)

On sait déjà depuis longtemps que la cholestérine est maintenue en dissolution dans la bile grâce surtout aux

(1) Communication faite à la *Société de Médecine du Nord*, le 24 février 1905.

Travail du Laboratoire de pharmacologie de la Faculté de médecine de Lille.

sels biliaires et aux savons que le liquide contient. De nombreux auteurs ont signalé cette solubilité, mais aucun d'eux n'a déterminé, d'une façon précise, les quantités de cholestérine dissoute par des solutions des divers éléments de la bile. MM. B. Moore et W. H. Parker (1) ont étudié récemment le pouvoir dissolvant de la bile qu'ils ont comparé avec celui de l'eau distillée, d'une solution aqueuse de sels biliaires à cinq pour cent et de cette même solution additionnée de un pour cent de lécithine. Ils ont trouvé que la dissolution d'acides biliaires à cinq pour cent dissout environ 0 gr. 10 pour cent de cholestérine et que cette proportion n'est pas augmentée d'une façon très appréciable par la présence simultanée de la lécithine. Ce sont ces expériences que nous avons reprises en nous attachant à déterminer exactement les quantités de cholestérine anhydre dissoutes par des solutions de quelques éléments de la bile. Dans la seconde partie de notre partie de notre travail, nous avons voulu montrer qu'une solution de sels biliaires, saturée de cholestérine, à une température donnée et ensemencée par le Bactérium coli, laisse déposer une partie de ce principe par suite de la décomposition des sels biliaires.

Nos conclusions, sans avoir la prétention de donner une explication complète de la pathogénie de la lithiase biliaire, semblent concilier à la fois la théorie de M. Bouchard et celle de MM. A. Gilbert et Fournier sur les causes de la formation des calculs biliaires.

Voici nos expériences.

La cholestérine qui nous a servi provient des calculs biliaires de l'homme; après purification, elle a été recristallisée dans l'alcool; elle contient une molécule d'eau de cristallisation. Nous avons pris, comme titre des solutions de sels biliaires, les proportions indiquées par Hammarsten dans les analyses récentes de bile de la vésicule. Pour déterminer d'une façon précise la solubilié de la cholestérine dans ces diverses solutions, nous avons opéré de la façon suivante :

La cholestérine monohydratée pulvérisée est mise à digérer, en excès et à la température de 37°, avec des solutions de sels biliaires seuls ou additionnés d'autres éléments. On filtre sur papier Schleicher et Schull, et un volume donné du filtrat est évaporé à siccité et au bain-marie, en présence de sable lavé. Le résidu est épuisé au Soxhlet par du chloroforme pur et sec. La solution chloroformique évaporée donne un résidu contenant la cholestérine souillée d'une petite quantité de sels bilaires. Aussi pour avoir un dosage aussi rigoureux que possible, avons-nous pris le parti de transformer cette cholestérine impure en acétate de cholestéryle par l'anhydride acétique; cet acétate a été pesé après purification. Le résultat obtenu a été contrôlé en saponifiant l'éther cholestérique par une solution titrée de potasse alcoolique. Les chiffres obtenus dans ces deux opérations étaient généralement concordants.

En nous conformant à cette technique, nous avons trouvé qu'une solution composée de :

Glycocholate de soude pur	6 gr.	95
Taurocholate de soude pur	2	75
Eau	100 cent. cubes	

dissolvait, à la température de 37°, 0 g. 185 de cholestérine anhydre (moyenne de trois déterminations).

Cette même solution de sels biliaires est additionnée, en outre, de 0 gr. 25 de lécithine pure de l'œuf. Cette dernière substance, insoluble dans l'eau, se dissout très facilement dans la bile comme l'ont montré également MM. B. Moore et H. Parker. Ce mélange est mis en présence, à la température de 37°, d'un excès de cholestérine monohydratée. Celle-ci est dosée dans le filtrat par le procédé signalé précédemment avec cette différence que l'on emploie comme dissolvant, à la place du chloroforme, l'acétone qui ne dissout pas la lécithine. Le produit de l'évaporation de la liqueur acétonique est transformé en acétate de cholestéryle que l'on pèse. Ce résultat est du reste contrôlé ensuite par la quantité de potasse alcoolique nécessaire à la saponification de l'éther cholestésique.

Or, la solution des sels biliaires, additionnée de 0 gr. 25 0/0 de lécithine, dissout 0 gr. 190 de cholestérine anhydre pour 100 (moyenne de trois déterminations).

Dans une autre série d'expériences, on a dissout, dans la solution type des sels biliaires, du savon amygdalin que nous avons purifié de la glycérine et de l'excès de soude qu'il pouvait renfermer en précipitant sa solution aqueuse par un excès de chlorure de sodium et en essorant le précipité lavé par une eau faiblement chlorurée. La quantité de savon ajoutée était de 1 gr. 20 pour 100.

La quantité de cholestérine anhydre dissoute par ce mélange était de 0 gr. 325 pour 100 cent. cubes de solution.

En conséquence, l'addition de savon à la solution biliaire favorise nettement la solubilité de la cholestérine, la lécithine, au contraire, ne semble pas l'augmenter d'une façon appréciable.

Ces conclusions viennent corroborer et préciser les résultats donnés par MM. B. Moore et H. Parker.

Continuant nos recherches, nous avons étudié les conditions dans lesquelles la solution des sels biliaires, saturée de cholestérine à la température de 37°, laissait déposer cette dernière substance. Or, cette solution, filtrée à la bougie, laissée à la température à laquelle elle avait été saturée (37°), ne se trouble pas même au bout d'un mois. Abandonnée, au contraire, dans un lieu frais, elle donne après dix ou quinze jours des cristaux qui, examinés au microscope, présentent le même aspect que ceux qui se

(1) *Proceed. of the Royal Society of London*, t. LXVIII, p. 64, 1901.

séparent de leur solution alcoolique et sont semblables à ceux qui constituent les calculs biliaires.

La solution stérile de sels biliaires et de cholestérine, additionnée de 0 gr. 50 pour 100 de chlorure de sodium et de 0 gr. 20 de phosphate de potasse, a été ensemencée par le B. Coli. Au bout de deux ou trois jours, la culture se trouble et laisse déposer un sédiment cristallin microscopique formé par de la cholestérine. Une solution témoin non ensemencée et placée, comme la première, à l'étuve à 38°. reste limpide.

Estimant que le dépôt de la cholestérine préalablement dissoute était dû, comme l'ont déjà pensé certains auteurs tels que Galippe, Naunyn, Létienne, à une modification du milieu par suite de l'action des bactéries, nous avons préparé la solution suivante :

Taurocholate de soude.	5 gr.
Glycocholate de soude.	14 gr.
Chlorure de sodium.	5 gr.
Phosphate de potasse.	2 gr.
Eau	1.000 c. c.

Après filtration à la bougie, on a ensemencé une partie du liquide par le *Bacterium coli*, une autre partie était conservée comme témoin. Les deux lots ont été mis à l'étuve à 38°. Au bout de dix jours, nous avons recherché, dans le produit de la culture, le glycocolle provenant du dédoublement de l'acide glycocholique. Nous étions guidés en cela par le fait déjà signalé de la décomposition des acides biliaires dans l'intestin et, en particulier, de l'acide glycocholique.

Après plusieurs essais pour la recherche du glycocolle, nous avons adopté la technique suivante afin d'isoler cette substance de nos milieux de culture : les deux lots sont précipités par le sulfate de cuivre qui sépare ainsi les sels cuivriques insolubles des acides biliaires. On filtre ; le filtrat est évaporé au bain-marie, en présence d'un peu d'oxyde de cuivre fraîchement précipité. Le résidu est épuisé par l'alcool absolu. La partie insoluble dans l'alcool est redissoute dans l'eau, on y ajoute de l'hydrate d'alumine et on fait passer un courant d'hydrogène sulfuré, jusqu'à élimination complète du cuivre. On filtre et on évapore, le résidu cristallin obtenu présente tous les caractères du glycocolle : formation d'acide hippurique par l'action du chlorure benzoïque, coloration bleue en présence de l'hypochlorite de soude et du phénol.

On peut du reste suivre ce dédoublement directement dans le bouillon de culture ; il suffit d'en prélever de temps en temps quelques centimètres cubes, auxquels on ajoute de l'hypochlorite de soude et du phénol. On n'obtient, les premiers jours, qu'une coloration bleue très faible et qui va en s'accentuant dans la solution ensemencée de *Bactérium coli*, tandis que la solution stérile, soumise aux mêmes réactifs, reste incolore.

Le *Bactérium coli* est donc susceptible de modifier la composition de la solution des sels biliaires, et, par suite, il provoque consécutivement le dépôt d'une certaine quantité de cholestérine dissoute à la faveur de ces sels.

L'action du micro-organisme vis-à-vis de ces composés est peut-être encore plus profonde, et nos recherches à cet égard ne sont pas encore terminées. Quoi qu'il en soit, les résultats de nos expériences ne pourraient-ils pas concilier les deux théories émises relativement à la formation des calculs biliaires ? On sait que M. Bouchard considère, comme conditions pathogéniques de la lithiase, le défaut d'acides gras, d'acides biliaires, de bases alcalines, l'excès de cholestérine, alors que MM. Gilbert et L. Fournier estiment que la formation des calculs est le résultat d'une infection biliaire.

Or, nos expériences semblent bien montrer que l'apparition du Coli-bacille dans la bile diminue la teneur de ce liquide en sels biliaires, lesquels ne sont plus en quantité suffisante pour dissoudre la cholestérine qui se dépose et qui devient ainsi l'amorce d'un calcul.

Autre considération : Suivant Bidder et Schmidt, Lehmann, les corps gras seraient l'origine de l'acide cholalique, le noyau générateur des acides biliaires nécessaires à la solubilisation de la cholestérine. Or l'efficacité des composés huileux dans le traitement de la cholélithiase ne pourrait-elle pas s'expliquer par la production d'une plus grande quantité de sels biliaires agissant comme dissolvant de la cholestérine ?

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 24 Février 1905

Présidence de M. Surmont, président.

Sur la solubilité de la cholestérine dans les éléments de la bile, contribution aux theories de la formation des calculs biliaires.

M. **Ernest Gérard** lit une très intéressante communication qui est *reproduite in extenso ci-dessus.*

M. **Surmont** pense que la communication de M. Gérard est démonstrative en faveur de la théorie de l'infection dans la lithiase. Il montre que c'est une bile normale que M. Gérard a transformée en bile pathologique. M. Surmont remet en mémoire les théories du catarrhe lithogène, du ralentissement de la nutrition inauguré par Bouchard, battu en brèche par Naunyn, enfin de l'infection biliaire adoptée par Gilbert, Dominici et Fournier.

MOTS DE LA FIN

Calino, à la recherche d'une position sociale, fait part de sa situation à un ami :

— Figure-toi, dit-il tristement, que partout où je me présente, on demande des employés des deux sexes, et moi je n'en ai qu'un seul ! (*Marseille-Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Les médecins français, qui ont bien voulu accepter le titre de *Membres d'honneur* du **Comité national du Ve Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique**, devant avoir lieu à Saint-Pétersbourg du 11 au 18 septembre 1905, sont MM. les professeurs dont les noms suivent par ordre alphabétique :

MM. BAR, Paris ; P. BERGER, Paris ; BOURSIER, Bordeaux ; P. BROUARDEL, Paris ; CERNÉ, Rouen ; CHAMPETIER DE RIBES, Paris ; CONDAMIN, Lyon ; Henri DELAGÉNIÈRE, Le Mans ; DOLÉRIS, Paris ; DURET, Lille ; F. GUYON, Paris ; O. LANNELONGUE, Paris ; Ch. MONOD, Paris ; A. MONPROFIT, Angers ; PAUCHET, Amiens ; PINARD, Paris ; POISSON, Nantes ; PORAK, Paris ; RIBEMONT-DESSAIGNE, Paris ; RICHELOT, Paris ; SCHWARTZ, Paris ; P. SEGOND, Paris ; SIREDEY, Paris ; VERCHÈRE, Paris.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par arrêté du 12 juillet 1899, M. le ministre a approuvé la délibération du Conseil de l'Université de Lille, instituant **un diplôme de docteur (section de pharmacie)** de cette Université et en réglementant les conditions de scolarité. Par arrêté du 29 mars 1905, M. le ministre a approuvé une délibération portant modification du règlement relatif à ce diplôme.

ARTICLE PREMIER. — Il est créé un diplôme de docteur de l'Université de Lille (section de pharmacie).

ART. II. — Les candidats à ce titre devront justifier du diplôme de pharmacien de 1re classe ou, s'ils se présentent à titre d'étrangers, d'un certificat d'études de pharmacie chimique et de toxicologie et d'un certificat d'études de pharmacie galénique et de matière médicale.

Ils seront astreints à une année d'études au cours de laquelle ils prendront quatre inscriptions trimestrielles. Cette année de scolarité ne pourra être accomplie qu'à la Faculté de Lille.

ART. IV. — Les candidats en se faisant inscrire auront à opter entre la physique, la chimie et l'histoire naturelle.

ART. VI. — Les pharmaciens de 1re classe munis : 1° Pour la physique, des certificats d'études supérieures de physique générale et de minéralogie appliquée ; 2° Pour la chimie, des certificats d'études supérieures de chimie minérale et de chimie appliquée ; 3° Pour l'histoire naturelle, des certificats d'études supérieures de botanique et de zoologie, pourront être dispensés de la quatrième année d'études.

ART. VII. — Les candidats subiront une épreuve consistant dans la soutenance d'une thèse imprimée contenant des recherches personnelles. La soutenance de cette thèse aura lieu devant un jury de quatre examinateurs.

— Le jury du **Concours pour l'internat**, qui aura lieu le 12 avril prochain est ainsi composé, sous la présidence de M. le professeur-doyen COMBEMALE. Membres titulaires : MM. les professeurs DUBAR, LAGUESSE, CARLIER, CARRIÈRE, BUÉ ; membres suppléants : MM. les professeurs GAUDIER, DELÉARDE.

— M. le docteur MONIEZ, professeur honoraire d'histoire médicale à la Faculté de médecine de Lille, inspecteur d'académie de Paris, vient d'être nommé recteur de l'Académie de Grenoble. Nous adressons à notre ancien collègue toutes nos félicitations pour la distinction dont il est l'objet de la part de l'administration supérieure.

— Dans la liste des **Internes des Hôpitaux de Paris**, que viennent de publier les journaux médicaux, nous relevons le nom de M. DEROIDE, classé 25e interne provisoire. M. DEROIDE avait commencé ses études médicales à notre Faculté.

— Les dernières promotions dans le **Corps de santé militaire** contenaient la nomination au grade de médecin principal de 2e classe avec maintien à l'hôpital militaire de Lille de M. le docteur VILLEDARY ; au grade de médecin-major de 1re classe avec maintien au 29e d'artillerie à Laon, de M. le docteur GUILLABERT ; au grade de médecin-major de 2e classe au 1er d'infanterie à Cambrai, de M. le docteur SIROT.

Ont été d'autre part désignés pour le 29e d'artillerie à Laon, M. le docteur ALBERT, médecin-major de 2e classe ; pour le 33e d'infanterie à Arras, M. le docteur DICKSON, médecin-major de 2e classe ; pour le 110e d'infanterie à Dunkerque, M. le docteur SERGEANT, aide-major de 2e classe.

— Parmi les dernières promotions dans le **Corps de santé des Colonies**, nous relevons celle de M. le docteur Noc, nouveau médecin de 1re classe. M. le docteur Noc est stagiaire à l'Institut Pasteur de Lille depuis près de deux ans et s'y est acquis de solides sympathies.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. C.-H.-H. DUBOIS, de Denain (Nord), interne provisoire des hôpitaux, a soutenu, avec succès, le mercredi 29 mars, sa thèse (n° 23), intitulée : **Les polypes du sinus maxillaire.**

Notre Carnet

M. LECOUFFÉ, de Mouchin, étudiant en médecine, nous fait part de la naissance de sa fille RAYMONDE. Nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs LIGIER, directeur de l'asile d'aliénés du Rhône ; PARINAUD, de Paris, COLLINOT, sénateur de l'Yonne ; SAINT-MONRIBOT, d'Epinay (Seine-et-Oise).

BIBLIOGRAPHIE

L'Anesthésie locale pour l'extraction des dents, par le Docteur E. SAUVEZ, Dentiste des Hôpitaux, Professeur à l'Ecole dentaire de Paris. Vigot frères,

Editeurs, 23, Place de l'Ecole de Médecine, Paris. Un volume in-8° cartonné.

Ce livre est précédé d'une préface du Professeur Reclus, que celui-ci a rédigée, dit-il, d'autant plus volontiers qu'elle lui permet de crier une fois de plus le bien qu'il pense de la cocaïne.

Après un premier chapitre dans lequel l'auteur fait l'étude critique de l'emploi de l'anesthésie générale et de l'anesthésie locale pour l'extraction des dents, il passe en revue tous les procédés d'anesthésie locale actuellement connus et conclut à la supériorité évidente du chlorhydrate de cocaïne en solution dans l'eau distillée au centième.

Il étudie les causes de douleur dans l'extraction des dents et décrit minutieusement le manuel opératoire de l'injection, puis il passe en revue la réfrigération et conclut en préconisant une méthode mixte, injection de cocaïne et réfrigération.

Enfin, dans un dernier chapitre, l'auteur parle de la stocaïne, produit nouveau, vaso-dilatateur, anesthésique local puissant, toxique moindre que la cocaïne, qui a donné jusqu'alors d'excellents résultats et qui paraît appelé à supplanter la cocaïne.

Ce livre est nécessaire aux étudiants en dentisterie pour la minutie des descriptions et il est très utile pour les praticiens auxquels il rappelle l'emploi des injections de cocaïne.

Enfin, tous les médecins qui sont susceptibles d'être appelés un jour ou l'autre à faire de l'anesthésie locale, pour une opération dans la cavité buccale, le liront avec intérêt.

OUVRAGES REÇUS

— **Un cas de rupture spontanée de l'œsophage sain. Etude expérimentale sur les ruptures de l'œsophage**, par le docteur Mariau, de Péronne, extrait du *17e Congrès français de chirurgie.*

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

11e Semaine du 19 au 25 mars 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	3	3
3 mois à un an	6	3
1 an à 2 ans	3	2
2 à 5 ans	4	3
5 à 20 ans	1	1
20 à 60 ans	18	11
60 ans et au-dessus	18	17
Total	53	40

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	2	»	»	»	1	1	»	2	9	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	»	»	5	»	»	»	»	1	2	»	»	»	»	»	»	4	13	15
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	3	1	»	»	2	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	4	12	13
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	1	1	5	»	»	»	1	1	2	»	1	»	»	»	»	2	14	19
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	1	2	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	»	1	7	12
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	2	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	4	11	7
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	2	1	»	»	1	1	»	»	»	»	»	1	9	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	3	10
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	2	»	1	»	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	»	1	»	»	1	9	14
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2
Total	»	»	»	2	1	13	2	1	13	4	2	4	4	4	8	5	1	»	2	3	»	20	90	112

N° 430. Neuvième Année. N° 15. Le Numéro : **10** centimes 9 Avril 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'inspection sanitaire des écoles. Participation des pères de famille à cette inspection.

Par **H. Surmont,** professeur à la Faculté de médecine de Lille.

Dans deux articles publiés l'un dans *La Presse Médicale* du 15 Février 1902, puis dans l'*Echo Médical du Nord* du 22 Février 1902, sous le titre « Conseils d'hygiène universitaire et santé publique », l'autre dans la *Revue pédagogique* du 15 Juillet 1902, sous sous le titre : « Rôle social de l'instituteur dans l'éducation hygiénique du peuple », j'ai émis l'idée qu'il serait bon de créer, dans l'Université, des Conseils d'hygiène qui, installés près du ministre de l'Instruction publique et des recteurs, joueraient près de ceux-ci le rôle du Comité consultatif d'hygiène publique de France et des Conseils d'hygiène départementaux près du ministre de l'Intérieur et près des préfets, c'est-à-dire seraient appelés à émettre leur avis sur les si nombreuses questions pratiques et d'enseignement que soulève, à chaque instant, le souci de la santé des élèves et des maîtres de nos écoles de tout ordre.

Cette idée a reçu à cette époque, un accueil très encourageant. Plusieurs recteurs et même un membre de l'Université investi d'une autorité plus haute encore ont bien voulu m'exprimer que l'idée soulevée par moi leur paraissait devoir être, dans la pratique, fertile en résultats heureux et que son application, soit dans la forme même que j'ai déjà indiquée, soit dans toute autre plus ou moins approchée, leur semblait désirable.

M. René Matton (1), au Congrès de médecine de Toulouse, en 1903; M. Brocard (2), au Ier Congrès d'hygiène scolaire et de pédagogie physiologique tenu à Paris, le 1er et le 2 Novembre 1903, se sont déclarés partisans des conseils universitaires d'hygiène. Ainsi, au milieu de travaux de tout ordre que provoque l'intérêt (3) de plus en plus grand qui, à l'heure actuelle, s'attache à l'hygiène scolaire, l'idée de création des Conseils universitaires d'hygiène n'est

(1) René Matton. — « De la tuberculose du personnel des établissements d'enseignement secondaire dans ses rapports avec la santé des élèves. »

(2) Brocard. — « Rapport sur la prophylaxie de la tuberculose dans les lycées et collèges. »

(3) Intérêt dont je ne veux ici pour preuve, que le projet récemment déposé par M. Vaillant, député de Paris, sur le bureau de la Chambre, et la reconstitution à Paris, de la Société des médecins inspecteurs des écoles.

pas, assurément, passée inaperçue ; cependant, depuis deux ans, aucune tentative de réalisation n'en a été essayée, à ma connaissance du moins.

Je me suis décidé à revenir de nouveau sur cette importante question, non seulement pour rappeler encore une fois l'attention sur elle, mais aussi afin de l'exposer d'une façon plus complète et plus précise que je ne l'avais fait jusqu'ici. Une autre raison m'a encouragé, c'est l'intérêt témoigné à cette idée par M. Georges LYON, le très distingué recteur de l'Académie de Lille, et l'espoir que j'ai de voir, par ses soins, un esssai de réalisation pratique des Conseils universitaires d'hygiène tenté dans notre grande Académie de la région du Nord.

***

COMMENT SE FAIT, A L'HEURE ACTUELLE, LA SURVEILLANCE SANITAIRE DES ÉCOLES. — Que la surveillance sanitaire des Établissements publics d'instruction de tout ordre, et à tout degré, soit une nécessité, c'est là une vérité qui saute aux yeux de tous et sur laquelle il est inutile d'insister. Assurer cette surveillance dans les Établissements dont il a la direction et, par suite, la responsabilité, est un devoir primordial pour l'Etat. La question à résoudre est donc de chercher le meilleur moyen d'assurer cette surveillance et, d'abord, de voir si, à l'heure actuelle, elle se fait d'une façon, je ne dirai pas parfaite, mais seulement satisfaisante.

Si nous passons en revue les divers ordres d'enseignement, nous voyons de suite : 1° qu'il n'existe rien, dans les Facultés, qui ressemble à une surveillance sanitaire ; 2° que les grandes Ecoles sont sur le même pied que les lycées, collèges, écoles normales d'instituteurs, à savoir pourvues, selon leur importance, d'un ou plusieurs médecins : 3° que les Ecoles primaires soumises à l'inspection médicale dans les grandes villes et les agglomérations importantes ne sont pas surveillées ou le sont d'une façon insuffisante, dans la plupart des campagnes..., c'est-à-dire, en résumé, que l'inspection sanitaire n'existe pas (Facultés, la plupart des écoles de campagne), ou est confiée au seul médecin de l'école.

Mais, me dira-t-on, que faites-vous de la surveillance des proviseurs, des directeurs d'écoles, des inspecteurs d'académie ; que faites-vous des circulaires du ministre et des recteurs relatives aux précautions à prendre en cas d'épidémies ? Je ne les ignore pas, mais je déclare que tout cela, joint à la surveillance que peut exercer le médecin de l'établissement universitaire, est insuffisant ; et c'est là une des raisons qui plaident en faveur de l'organisation des Conseils universitaires d'hygiène, tels que je les conçois.

***

QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR SURVEILLANCE SANITAIRE DES ÉCOLES ? — Le treizième Congrès international d'hygiène et de démographie, tenu à Bruxelles, en septembre 1903, va nous répondre.

Dans sa séance de clôture du 8 septembrs 1903, il a voté, à l'unanimité, le vœu suivant, résumant, sur ce point, les travaux de sa sixième section :

« Le Congrès, considérant que l'école a pour but d'accroître la valeur sociale de l'individu par la culture raisonnée des facultés physiques, intellectuelles et morales de l'enfant, on doit comprendre sous la dénomination d'inspection médicale et hygiénique des écoles tout ce qui concerne la santé des écoliers, non pas seulement au sens étroit de leur préservation contre les maladies transmissibles, mais au sens beaucoup plus large de leur culture physiologique intégrale et de l'adaptation de leur culture intellectuelle à la capacité physique de chacun d'eux ;

« Emet le vœu que l'inspection médicale et hygiénique des écoles, par un personnel compétent, comporte :

« 1° La surveillance et la salubrité des locaux scolaires ; 2° la prophylaxie des maladies transmissibles ; 3° le contrôle périodique et fréquent du fonctionnement normal des organes et de la croissance régulière de l'organisme physique et des facultés intellectuelles de l'enfant ; 4° la culture rationnelle de son organisme physique ; 5° l'adaptation, d'accord avec le pédagogue, de la culture des facultés intellectuelles à la capacité physique individuelle, ainsi que l'instruction et l'éducation sanitaire de l'enfant. »

Cette citation montre bien que les soins à donner aux malades ne doivent former qu'une part accidentelle et, par cela même accessoire, de la tâche du médecin inspecteur de l'école, alors que la surveillance sanitaire et l'enseignement hygiénique doivent être sa besogne de tous les jours et sa préoccupation essentielle. Ces idées sont, au reste, à l'heure actuelle, admises par tous les hygiénistes ; il suffit pour s'en rendre compte, de se reporter au rapport de M. Chauvin, de Liège, fait au Congrès international d'hygiène et de démographie de Bruxelles, en 1903, sur l'inspection médicale et hygiénique des écoles et aux discussions et rapports divers sur la question qui ont eu lieu au 1er Congrès d'hygiène scolaire, tenu à Paris les 1er et 2 novembre 1904. On me permettra de ne pas insister davantage.

Nécessité de la réorganisation de l'inspection sanitaire des écoles. — L'organisation actuelle de l'inspection sanitaire des écoles correspond-elle aux nécessités mises en lumière par les progrès incessants de la science hygiénique ? Il suffit de comparer ce qui est avec ce qui devrait être, pour faire la réponse et mettre en évidence la nécessité de l'organisation sur des bases nouvelles de l'inspection sanitaire des écoles.

Principes de cette réorganisation. — Examinons d'abord les principes qui doivent régir l'organisation de cette inspection ; une fois ces principes établis, nous verrons quels sont les moyens pratiques auxquels on peut avoir recours dans les divers cas.

Un point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est que l'inspecteur sanitaire doit avoir la compétence nécessaire. Pour cela, il faut qu'il soit médecin ; qu'il ait les connaissances spéciales indispensables, et ces connaissances sont fort étendues ; qu'il ait aussi, et surtout, le temps de remplir efficacement son importante mission. Ceci établi, je laisse volontairement de côté la question de l'éducation, du recrutement et des honoraires des médecins inspecteurs des écoles, question très importante de la solution de laquelle dépend en grande partie, l'avenir de l'inspection médicale des écoles, mais qui ne rentre pas directement dans le cadre de cet article.

Une deuxième question se pose : le médecin doit-il, à lui seul, constituer tout le rouage de l'inspection sanitaire ? Certains pensent : oui ; je n'hésite pas à dire : non. Il est, à mon avis, de toute nécessité que le médecin ait, à chaque instant, à côté de lui, un représentant de l'administration de l'établissement scolaire. Toute décision au point de vue de l'hygiène comporte, en effet, comme sanction, des dispositions pratiques qui ne peuvent être prises qu'avec la collaboration administrative de l'établissement ; il faut que les moyens utilisés pour atteindre un but hygiénique quelconque soient en rapport, particulièrement avec les ressources pécuniaires de l'établissement intéressé. Il est bien évident que le médecin d'un établissement sera toujours obligé, pour l'application des mesures sanitaires qu'il jugera utiles, pour leur choix, pour leur classement par ordre d'urgence quand plusieurs desiderata se manifesteront en même temps, de prendre l'avis de l'administration de l'établissement, de même que, dans une famille, le médecin est obligé, pour l'institution d'un traitement, d'une cure thermale, d'un voyage de convalescence, par exemple, de consulter les ressources et de prendre l'avis du père de famille. Faute de cette précaution, le médecin pourra, dans la pratique, se heurter à des difficultés et même à des impossibilités d'application qui auront le double inconvénient de nuire à son autorité et d'empêcher la réalisation de ses idées, au détriment de tous. J'ajouterai que la collaboration de l'administrateur et du médecin, *dès le début* de l'œuvre commune, a l'avantage de donner dès l'abord du problème une solution commune, à l'élaboration de laquelle l'un et l'autre ont également contribué et tiennent également ; ce qui n'est pas le cas quand il s'agit de l'apport, à l'administration, de conclusions que le médecin a établies à lui seul.

Un troisième point jusqu'ici laissé dans l'ombre me paraît aussi important que les deux autres : c'est la *participation directe des pères de famille,* ou de leurs représentants, *à la surveillance hygiénique de l'établissement scolaire.*

Bien que le médecin et l'administrateur soient, l'un et l'autre, intéressés au bon fonctionnement sanitaire de l'école, il n'est pas douteux que les parents dont les enfants fréquentent cette école le soient au moins autant qu'eux et que, en toute justice, ils ont au moins autant de droits à la surveillance sanitaire. Je crois que personne ne contestera la valeur de cet argument.

En outre, l'attention des parents peut être éveillée, dans certaines conditions, d'une manière plus précoce que celle des professeurs et de l'inspecteur sanitaire, sur certains points particuliers ; d'où, pour la collectivité, le gros bénéfice d'être prévenue plus tôt d'un danger qui la menace : par exemple, des premières quintes d'une coqueluche, du catarrhe initial d'une rougeole, du mauvais éclairage, du chauffage défectueux, de la ventilation insuffisante d'une classe, de la fatigue simultanée d'une série d'élèves surmenés.

La participation d'un délégué des parents à l'administration sanitaire de l'école aurait, en outre, le gros avantage d'augmenter beaucoup l'autorité des décisions hygiéniques prises par elle ; elle permettrait de rassurer plus complètement les familles, en cas d'épidémie, par exemple, et de mettre plus immédiatement à l'abri de tout reproche l'administration universitaire, en cas d'accident ; enfin, elle créerait entre l'administration et les parents un lien de plus, ce qui n'est pas à dédaigner, si nous voulons que l'école soit, de plus en plus, le prolongement de la famille

et l'éducation une collaboration entre les parents et les maîtres.

La nomination du représentant des pères de famille serait, bien entendu, laissée au libre choix des parents eux-mêmes. J'estime, en effet, qu'il est indispensable pour le bon fonctionnement du conseil d'hygiène que le délégué des pères de famille reçoive directement d'eux son investiture et ne puisse être soupçonné d'être, plus que le représentant des parents, celui de l'administration universitaire.

***

Composition et avantages du comité sanitaire scolaire local ou conseil universitaire local d'hygiène. — A tous les points de vue, il y aurait donc intérêt pour tout le monde à ce que la surveillance sanitaire des écoles fût assurée par la collaboration de l'hygiéniste, de l'administrateur et des pères de famille. Cette réunion de trois autorités, également intéressées et compétentes, formera, tout naturellement, le Conseil d'hygiène ou Comité sanitaire, que je voudrais voir fonctionner auprès de chaque établissement scolaire. Ce Conseil d'hygiène local serait en correspondance régulière avec les autres échelons du service administratif d'inspection hygiénique et, en particulier, avec les Conseils académiques d'hygiène et avec le Conseil supérieur universitaire d'hygiène dont j'ai demandé antérieurement la création.

Ces *Conseils universitaires d'hygiène, supérieur, académique, local,* me paraissent très préférables à l'inspection sanitaire réalisée par le médecin seul ; celle-ci ne pourrait, dans beaucoup de cas, donner des résultats entièrement satisfaisants que si elle était confiée à des médecins spéciaux s'occupant uniquement de ce service ; c'est là ce qui est demandé par certains hygiénistes, par exemple M. Chauvin, dans le rapport au Congrès de Bruxelles cité plus haut.

Cette conception peut très bien se défendre, et il n'est pas douteux qu'un médecin attaché à un lycée un peu important et qui voudrait remplir, à la lettre, les obligations imposées non seulement par la surveillance sanitaire complète des locaux, des élèves et des maîtres, mais encore par l'éducation hygiénique des élèves et des maîtres, serait extrêmement occupé, plus par exemple, qu'un médecin militaire dans un bataillon d'infanterie en temps de paix, étant donné la complexité et l'importance de la surveillance sanitaire dans les organismes en période de croissance. Toutefois, en dehors de ce fait que ce serait créer une catégorie nouvelle de médecins administratifs, création qui a contre elle des opposants convaincus, un médecin sanitaire inspecteur ne représenterait ni l'élément administratif, ni l'élément familial qui, je pense l'avoir démontré, doivent être représentés dans le Conseil d'hygiène, et c'est là une objection capitale.

Au reste, ni les directeurs d'établissements scolaires, ni les pères de famille ne se plaindront de l'augmentation de la compétence, du pouvoir et du traitement des médecins inspecteurs : ils ne peuvent au contraire, que les désirer.

Une autre objection, de grande valeur également, c'est que ces médecins spéciaux ne pourront exister que dans les grandes Ecoles ou dans les centres de population importants. Il est évident que, si, à la rigueur, les grands établissement d'instructions peuvent avoir un ou plusieurs médecins sanitaires exclusivement occupés de l'inspection de leurs écoles, dans la majorité des cas, c'est-à-dire dans les villes peu importantes et dans les campagnes, il ne peut être question de fonctionnaires de cet ordre, à moins que l'on ne songe à créer un corps de « médecins inspecteurs scolaires départementaux ». Au contraire, on peut trouver partout un médecin qui, chargé de la partie médicale, formera, avec le directeur de l'école et le représentant des pères de famille, un conseil local toujours prêt à fonctionner ; — ce qui est, dans l'espèce, un avantage considérable — et pourvu, d'autre part, de par sa composition, de la compétence et de l'autorité nécessaires.

Dans les établissements importants, il n'y a aucune raison pour que ce Conseil d'hygiène se compose uniquement des trois membres ; il y aurait, au contraire, avantage à ce que l'on appelât dans son sein un certain nombre de spécialistes dont l'avis pourrait être utile dans des circonstances déterminées, par exemple : un chimiste, un architecte, un oculiste, un oto-rhinologiste, un représentant de la Ligue des médecins et des familles pour l'hygiène scolaire, là où elle existe.

Dans tous les cas, il serait désirable que le secrétaire du Conseil d'ygiène local fût de préférence et à moins d'impossibilité matérielle, le représentant des pères de famille ; moins occupé que le médecin et le directeur de l'établissement, il aurait plus de temps pour s'occuper de la correspondance, provoquer les réunions du conseil ; sollicité par sa responsabilité directe

vis-à-vis des parents, il aurait, tout naturellement, me semble-t-il, une propension à s'occuper activement de ses importantes fonctions.

L'organisation des Comités sanitaires ou Conseils d'hygiène locaux me semble pouvoir être facilement résolue, dans chaque cas particulier, en tenant compte des ressources locales et des nécessités du service, d'après le principe général énoncé plus haut, à savoir : la réunion d'un administrateur, d'un médecin et d'ùn représentant direct des élèves.

Dans l'enseignement supérieur, particulièrement dans les instituts des Facultés de médecine ou des sciences, il y aurait intérêt à prendre, comme représentant des élèves, l'un d'entre eux, délégué par ses camarades. Car, qui connaît mieux que l'étudiant qui les fréquente chaque jour les défectuosités d'une salle de dissection, d'un laboratoire de travaux pratiques, d'un amphithéâtre de cours ? Il n'y aurait du reste là aucune innovation révolutionnaire, car, dans certaines Ecoles spéciales, les majors de promotion sont déjà les porte-paroles officiels de leurs camarades auprès de leurs supérieurs. Peut-être y aurait-il intérêt pour les Facultés à avoir une Commission sanitaire particulière pour chaque grand service ou institut : par exemple, une pour l'anatomie,une pour la chimie, etc.

Pour l'enseignement secondaire, la réalisation de mon programme paraît plus facile que partout ailleurs, car lycées et collèges sont à l'ordinaire installés dans des villes où l'administration trouvera facilement chez les médecins et les parents, les collaborateurs qui lui sont nécessairse.

Pour certains établissements d'enseignement primaire la question peut être, dans certains cas particuliers, plus difficile à résoudre pratiquement ; mais en outre que, dans la règle, il s'agira alors d'écoles peu importantes et partant peu fréquentées, il semble bien que dans les communes où l'on ne trouvera pas, parmi les parents dont les enfants fréquentent l'école, des individualités voulant ou pouvant assumer la responsabilité de ce rôle de surveillant sanitaire, on trouvera toujours les ressources nécessaires parmi les membres du Conseil municipal ou de l'administration municipale qui sont, à tout prendre, des représentants des pères de famille choisis par eux.

***

Pour conclure, l'organisation de Commissions sanitaires basées sur le principe de la participation au travail et à la responsabilité de tous les intéressés, c'est-à-dire des parents, des médecins et des maîtres, me paraît devoir être féconde en résultats pratiques et heureux ; je la crois d'une exécution facile et je n'hésite pas à la préconiser, de préférence à l'inspection sanitaire faite par le médecin seul et sous sa seule responsabilité.

Pseudarthrose de l'avant-bras, suture osseuse (1)

par le Dr **René Le Fort**, professeur agrégé à la Faculté de médecine

J'ai l'honneur de présenter à la *Société de médecine*, des fragments osseux réséqués et des radiographies d'une fracture de l'avant-bras avec énorme déviation des fragments dont j'ai récemment pratiqué la suture.

Le blessé, Émile C..., âgé de vingt-huit ans, a été atteint, le 15 septembre 1904, d'une fracture de l'avant-bras droit. Il a reçu les soins de plusieurs médecins, a même subi des manœuvres de mécanothérapie après avoir été immobilisé en appareil plâtré, et enfin est allé consulter notre confrère et ami, M. le docteur Delattre, qui nous l'amène le 18 janvier 1905, soit plus de quatre mois après l'accident. Les deux os de l'avant-bras droit ont été fracturés à peu près à leur partie moyenne. Il n'y a pas eu de consolidation osseuse et la palpation permet de reconnaître la position anormale des fragments. Le cubitus est fracturé aux environs de sa partie moyenne ; le fragment inférieur a glissé en arrière du fragment supérieur et a chevauché sur lui ; le radius est également fracturé aux environs de la partie moyenne quelques centimètres plus haut que le cubitus ; mais, tandis que le fragment supérieur radial a conservé à peu près sa position normale, un peu rapproché seulement du cubitus, le fragment inférieur du radius a pris une position absolument extraordinaire ; il croise l'avant-bras et vient faire, sous la peau du côté cubital, une saillie qui menace d'ulcérer cette peau. Une cicatrice, située sur le bord cubital de l'avant-bras, paraît due à une perforation de la peau par le fragment radial inférieur, lésion contemporaine du traumatisme initial.

Les radiographies qui proviennent du laboratoire de notre excellent confrère M. le docteur d'Haine, confirment les résultats fournis par la palpation ; elles révèlent, en outre, du côté du cubitus, l'existence de deux ponts d'ossification périostique, représentés sur la radiographie par deux lignes courbes. On voit très nettement deux ponts de périoste dont l'un est décollé du fragment inférieur et l'autre du fragment supérieur ; ces deux ponts périostiques ont, sans doute, empêché que le déplacement du cubitus ne fût plus étendu, mais ils sont actuellement ossifiés et doivent constituer une gêne pour la réduction. L'épreuve photographique montre l'énorme écartement des fragments du radius entièrement libres.

Naturellement, l'impotence est complète. La main, inclinée sur le bord radial, est en pronation, la supination est impossible. Quand on fait exécuter des mouvements au poignet, on sent tourner sous la peau le fragment inférieur du radius qui fait saillie et menace de la traverser.

L'articulation du coude est libre; les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sont faciles.

(1) Communication faite à la Société de Médecine du Nord, en sa séance du 6 mars 1905.

Il y a de l'atrophie du membre. Les mensurations faites par M. le Dr DELATTRE le 2 décembre donnent :

périmètre du bras droit : 22 cent. ½
» bras gauche : 25 cent. 7
avant-bras droit ⅓ supérieur : 23 cent. 5
avant-bras gauche ⅓ supérieur : 26 cent.

A cette époque le poignet était en flexion et pronation forcées, sans mouvements, l'extension nulle ; les doigts étaient en flexion sans extension possible avec quelques mouvements seulement au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Il y avait des troubles trophiques dans la zone du cubital : sensation de froid et fourmillements, abaissement réel de température, troubles de la sudation, hypertrichose, hypoesthésie marquée.

Le 28 décembre, quand nous l'avons examiné, le bras, soumis au massage depuis un mois, avait quelques mouvements du poignet et des mouvements passifs étaient possibles au niveau des doigts, permettant un certain degré d'extension de l'index et surtout du médius. En même temps, l'hypoesthésie avait diminué dans la sphère du cubital.

En somme, il s'agit d'une pseudarthrose de l'avant-bras, flottante au niveau du radius, et une opération chirurgicale seule peut amener une amélioration.

Celle-ci a lieu le 23 janvier, avec l'aide de MM. les Drs DELATTRE, MERLIER et DUPRÉ. Deux longues incisions sont successivement pratiquées le long du bord interne et externe de l'avant-bras, et les fragments du radius sont avivés successivement. Le fragment supérieur se prolonge en bas par une sorte de longue aiguille cartilagineuse de 4 à 5 centimètres qui suit la direction du fragment. L'aiguille est réséquée et l'extrémité de l'os abrasée. Le fragment inférieur est enfoui dans une gangue de tissu fibreux et il faut le libérer presque jusqu'au niveau du poignet pour pouvoir le redresser, tant il a contracté de solides adhérences dans sa position anormale. Il est également avivé largement, et les deux fragments sont mis bout à bout. Les fragments du cubitus, malgré le chevauchement, sont dans une position acceptable et bien isolés du radius. Un fil d'argent maintient en place les deux bouts du radius.

Aucun muscle n'a été sectionné au cours de l'opération, et la libération du radius a été faite en serrant de très près l'os qui, très probablement, était en contact avec le nerf cubital. Les nerfs et vaisseaux n'ont pas été vus. Un drain est placé dans la plaie jusqu'au contact de la suture osseuse et sort par le bord cubital. L'opération a duré 35 minutes. Immobilisation dans un appareil ouaté rigide à la tarlatane apprêtée.

Le 30 janvier, premier pansement. Les suites ont été très simples, la température n'a jamais dépassé 37°. On enlève les crins et le drain qui a donné beaucoup de sang. La réunion est parfaite, il ne reste que l'orifice du passage du drain. Pansement à la gaze et appareil comme précédemment.

Le 16 février, on lève de nouveau l'appareil et on fait quelques mouvements des doigts. Les plaies sont entièrement cicatrisées, sans rougeur de la peau.

Les irradiations pénibles dans la zone du cubital, la sensation de froid et l'abaissement réel de la température ont absolument disparu ; la sensibilité est en grande partie revenue. Il est donc probable, comme nous l'avions pensé, que c'était le fragment inférieur du radius et non ceux du cubitus qui comprimaient le nerf cubital.

Le 27 février, les mouvements des doigts sont revenus en partie, les mouvements passifs sont presque complètement possibles, les mouvements actifs sont très étendus, sans grande force pourtant. Les mouvements du pouce, absolument impossibles auparavant, sont revenus en grande partie. L'extension complète de l'index et du médius ne sont possibles qu'avec une légère flexion du poignet, il y a un certain degré de rétraction musculaire des fléchisseurs. Du côté de la supination, il y a un progrès considérable, ce mouvement est facile et presque complet, la pronation se fait complètement. Le cal du radius n'est pas volumineux, il paraît bien solide. Le cal du cubitus est toujours très gros, il est encore mou. peut-être eussions-nous mieux fait, malgré les constatations radiographiques, de pratiquer de ce côté aussi l'avivement et la suture osseuse.

L'intérêt de cette observation tient surtout dans l'étendue exceptionnelle du déplacement du fragment inférieur du radius. Il a fallu, pour libérer ce fragment, le dénuder sur une longueur de plus de dix centimètres et nous avions quelque crainte de le voir se nécroser. Nous n'avons pas hésité cependant à l'isoler autant qu'il a été nécessaire pour le mobiliser, en faisant le raisonnement suivant : en mettant les choses au pis, si nous laissons dans les tissus un os privé de ses moyens de nutrition, c'est encore une greffe osseuse idéale que nous pratiquons, et cela vaut mieux que n'importe quelle prothèse.

Le résultat acquis est déjà notable ; tout permet d'espérer que, sous l'influence d'un traitement régulier, les progrès continueront et que ce blessé retrouvera une main véritablement utile. Il est peu probable qu'il puisse se livrer jamais à un travail manuel pénible, mais, sans intervention, ce malheureux aurait probablement dû solliciter avant longtemps l'amputation d'un avant-bras désormais inutile, et sa main, telle qu'elle est dès maintenant, vaut encore mieux qu'un crochet.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 6 Mars 1905

Présidence de M. SURMONT, président.

Présentation d'Instruments nouveaux

M. **Gaudier** présente à la Société M. **Schærer**, de Paris, qui montre certains instruments nouveaux pour sutures intestinales, gastro-entérostomies, entéroraphies bout à bout. Il s'agit de l'appareil de LAMBOTTE dont M. SCHÆRER explique le fonctionnement du téléraphe et de la pince à gastro-entérostomie.

Arthropathies syphilitiques. Manifestations syphilitiques multiples.

M. **Bertin** présente une malade atteinte de gommes syphilitiques de la joue, d'ulcérations nasales, d'hydarthrose des deux genoux, et d'arthrite du coude de même spécifité.

Cette malade a probablement contracté la syphilis il y a environ sept ans. Elle eut à cette époque des maux de tête

assez violents, de l'alopécie, une éruption cutanée, des angines à répétition. Un médecin conseilla des pilules vraisemblablement mercurielles et de l'iodure de potassium. Les accidents cessèrent au bout de plusieurs mois de traitement, et pendant dix-huit mois environ, la malade ne remarqua rien d'anormal.

Vers le mois de septembre 1904, c'est-à-dire il y a environ cinq mois, apparut à la joue gauche une petite ulcération qui ne tarda pas à grandir. Presque en même temps survint une douleur dans l'articulation du genou droit, douleur qui s'accompagna d'un gonflement, qui depuis lors n'a pas cessé de s'accroître. L'affection nasale aurait débuté à peu près à la même époque. Un médecin prescrivit un traitement mixte (iodure de potassium et pilules mercurielles), et dans le courant du mois de décembre fit neuf injections d'un sel mercuriel. Depuis le mois de janvier, la malade a cessé complètement tout traitement.

A son entrée dans le service des filles publiques, le 1er mars 1905, elle présente une vaste ulcération de la joue gauche, ayant tous les caractères d'une syphilide gommeuse. Le genou droit est sensiblement augmenté de volume ; la palpation fait reconnaître qu'il s'agit d'une hydarthrose assez considérable sans fongosités, sans épaississement de la capsule, sauf peut-être à la partie inférieure où l'on sent deux petites plaques légèrement indurées. Il existe des douleurs spontanées assez fortes pour priver la malade de sommeil, s'exagérant par les mouvements. La pression éveille également une douleur à l'extrémité du tibia, mais on ne trouve pas de déformations osseuses, ni d'autres localisations douloureuses. L'examen radioscopique ne révèle rien d'anormal.

Dans le genou gauche, il existe une légère hydarthrose. La malade accuse de la douleur; pas d'épaississement de la synoviale, pas de déformations osseuses.

Le coude gauche est en flexion légère, qui parait due à une contraction du tendon du biceps et du long supinateur. A la palpation, les os paraissent absolument sains, mais la pression éveille une douleur assez vive au niveau de l'articulation radio-humérale. L'articulation contient un peu de liquide, et la peau présente une légère circulation complémentaire. Les mouvements sont très douloureux, l'extension complète absolument impossible. L'examen radiographique en fournit aucun renseignement positif.

L'examen du nez, pratiqué par M. le professeur Gaudier, a montré l'existence d'ulcérations assez superficielles.

La malade est soumise aussitôt à un traitement mixte assez énergique : injections d'huile grise, iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour. Localement, on ne fait pas d'autre traitement qu'une légère compression ouatée. Aujourd'hui, 10 jours après le début de ce traitement, la malade est complètement transformée : l'ulcération gommeuse est en voie de régression ; le genou droit est très sensiblement diminué de volume, les mouvements sont beaucoup plus faciles, les douleurs ont presque complètement disparu (il y a dix jours, les phénomènes étaient assez marqués pour faire discuter la nécessité d'une ponction). Même amélioration du côté du coude.

Cette observation est intéressante à plus d'un point de vue : d'abord par la localisation assez rare des lésions syphilitiques au niveau des articulations ; par leur multiplicité, et surtout par son diagnostic. Il est évident, en effet, que l'hydarthrose du genou droit que présentait cette malade n'offrait par elle-même aucun caractère de spécificité ; les signes étaient ceux de tout épanchement articulaire, et sans connaître les antécédents de la malade il était absolument impossible de porter un diagnostic étiologique. Les lésions du coude, en l'absence de tout autre accident, auraient pu faire penser bien plus à une arthrite tuberculeuse au début, qu'à une manifestation syphilitique.

Il est enfin nécessaire d'insister sur l'importance d'un traitement mercuriel bien dirigé pour combattre ces accidents. Notre malade — insuffisamment traitée dans sa période secondaire — avait absorbé du mercure dès le début de l'apparition de ses accidents tertiaires, c'est-à-dire il y cinq mois environ, sous forme de pilules de protoiodure. Ce traitement fut poussé assez loin pour donner lieu à quelques accidents de stomatite ; pendant ces cinq mois, il ne fut guère interrompu. Et cependant, les manifestations, loin de rétrocéder, n'ont pas cessé d'évoluer jusqu'au jour où cette malade est entrée dans le service. A ce moment, deux injections d'huile grise ont donné très rapidement une amélioration considérable. Ceci montre, une fois de plus, la nécessité d'avoir recours, autant qu'il est possible, à la méthode des injections dans le traitement de la syphilis : les dangers ne sont que ceux de tout traitement mercuriel, mais les résultats obtenus seront incontestablement plus rapides, plus sûrs et plus durables que par tout autre mode d'administration du mercure.

Arthropathie tabétique suppurée du coude

M. **Drucbert** présente une articulation du coude provenant d'un malade syphilitique, tuberculeux pulmonaire et tabétique. Dès le début de l'affection le gonflement rapide de l'articulation faisait plutôt penser à une tumeur blanche. Mais au bout de trois mois il s'établit une suppuration avec lésions phlegmoneuses au voisinage, et un état grave de septicémie staphylococcique constaté par l'examen du sang, qui nécessita l'amputation du bras.

En outre, du côté de l'articulation, on notait des lésions de raréfaction du tissu osseux très marquées du niveau du cubitus dont l'apophyse coronoïde était complètement usé et du côté de l'humérus qui présentait une usure trans-

formant en plateau les poulies articulaires. Consécutivement à l'amputation l'état général du malade redevient bon, mais la tuberculose pulmonaire continue à évoluer.

M. **Gellé** insiste sur l'intérêt présenté par l'observation de M. le docteur Drucbert. Celle-ci fournit une preuve évidente d'arthropathie tabétique suppurée à staphylocoque. Ce fait est rare. M. Gellé a compulsé les observations nombreuses d'arthropathies tabétiques, et parmi celles-ci, publiées dans les mémoires de Blum, de Charcot, Joffroy, de Bull, de Pawlidé, il a seulement trouvé trois cas d'arthropathie suppurée. Encore faut-il douter de deux cas relatés par Blum en 1874 dans sa thèse d'agrégation. Ordinairement le liquide est séreux, rarement hématique comme dans un cas de Charcot, plus rarement encore purulent.

Un cas de chirurgie cérébrale pour complication d'otite moyenne suppurée

M. **Descarpentries**, au nom de M. le professeur **Gaudier** et au sien, lit l'observation suivante :

C.. Suzanne, âgée de 13 ans, entre le 11 janvier 1905 dans le service de M. le professeur Gaudier pour y être opérée de mastoïdite.

L'enfant ne se souvient pas d'avoir été malade et ne présente pas d'antécédents héréditaires intéressants à relever.

Elle nous raconte que depuis le 1er janvier, elle souffre de violentes douleurs localisées dans l'oreille et derrière l'oreille droite, survenues à la suite d'un coryza avec angine légère dont elle était atteinte depuis une semaine environ. Ces douleurs étaient accompagnées de bruissements d'oreille et de perte de l'audition du côté droit. Le 4 janvier son oreille coula, mais la douleur persista, la région mastoïdienne se tuméfia et depuis hier elle a des vertiges.

A l'examen on trouve la région rétroauriculaire édématiée, très douloureuse à la palpation, non fluctuante et sans déformation du sillon rétroauriculaire.

Du pus abondant et fétide s'écoule de l'oreille et l'examen otoscopique y relève une perforation tympanique. La région latérale du cou est intacte; il n'y a pas de troubles oculaires, rien à la face, ni à la langue.

Le signe de Kernig existe très nettement, les réflexes rotuliens sont un peu exagérés. Pas d'athétose, ni de tremblement. La malade peut se tenir debout, mais titube dès qu'elle ferme les yeux : elle ne peut marcher si on ne la maintient pas et, en ce cas, lance les jambes dans des mouvements désordonnés.

La température axillaire est de 39°5 ; on constate du ralentissement relatif du pouls, car celui-ci ne bat qu'à 80, quoique très bien frappé. La malade est constipée et vomit de temps à autre.

Devant ces symptômes, M. le professeur Gaudier décide une intervention d'urgence.

Après anesthésie chloroformique, incision verticale rétroauriculaire, décollement du périoste mastoïdien, trépanation : aux premiers coups de gouge, du pus crémeux, très fétide, s'écoule, mélangé de parcelles osseuses. L'os, très friable, cède facilement à la curette. Évidement pétro-mastoïdien. On agrandit l'ouverture par une incision postérieure. Découverte du sinus entouré d'infiltrats purulents et thrombosé. Plus postérieurement, en suivant la traînée purulente, la pince gouge découvre, dans la région cérébelleuse, une plaque de méningite purulente localisée, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, formant là un véritable abcès extradural. Au dessous du pus, la dure-mère, couleur feuille mate, est épaissie, couverte de fongosités. Curage, nettoyage à l'eau oxygénée. On incise la dure-mère, du liquide céphalo-rachidien trouble, grisâtre, suinte à travers les adhérences. Le cervelet fait hernie et bat. On y pratique plusieurs ponctions à la sonde cannelée qui restent négatives. — On revient au sinus, après dénudation, on enlève la zone thrombosée qui a une longueur de trois centimètres. Tamponnement à la gaze iodoformée. La plaie est laissée béante. Pansement habituel.

Le lendemain 12 janvier, la malade est relativement bien. Elle ne vomit plus. Les douleurs, le signe de Kernig ont disparu. La température est à 40°, le pouls à 120. On remarque à l'œil droit des clignements fréquents et involontaires et l'on craint une thrombose ascendante du sinus caverneux. — Pansement : dans la région sus-mastoïdienne, on incise et enlève une petite plaque de méningite, du liquide céphalo-rachidien trouble s'écoule.

Le 13 janvier, l'amélioration de l'état général se maintient, la température baisse, mais il y a de la parésie du releveur de la paupière supérieure droite. Celle-ci est légèrement ptosée. En outre, la malade se plaint de voir double : la vision est normale aux deux yeux séparément, les muscles oculaires se contractent très bien, mais il y a un manque de coordination dans les mouvements associés. Les pupilles sont intactes.

Nouveau pansement, le cervelet fait toujours hernie, mais la plaie ne présente plus de signes d'infection.

Les jours suivants, l'amélioration augmenta progressivement, le ptosis diminua, le 20 janvier, tout trouble oculaire avait disparu. La plaie bourgeonne. On applique sur la hernie cérébelleuse une pièce de 0 fr. 25 pour la maintenir réduite dans le pansement par compression.

Le 29, la malade se leva.

Aujourd'hui la plaie est presque entièrement cicatrisée. La malade a un état général excellent. On ne lui trouve aucun trouble de la motricité, ni de la coordination. Toute douleur a disparu et l'enfant s'occupe des petits travaux

de la salle, attendant que sa plaie complètement cicatrisée lui permette de sortir sans bandeau.

M. Gaudier montre que l'intervention hâtive a sauvé la malade atteinte de méningite cérébelleuse.

Pseudarthrose de l'avant-bras. Suture osseuse.

M. Le Fort fait une communication qui est *publiée in-extenso dans le présent numéro.*

Septicémie colibacillaire chez un diabétique.

M. Gellé présente des coupes de rate, de foie et de reins provenant d'une malade atteinte de diabète et morte, dans le service de M. le Professeur Combemale, d'infection colibacillaire.

Cette femme, âgée de soixante-treize ans, était entrée dans le service le 23 décembre 1904 et présentait alors tous les signes d'un coma diabétique. Elle exhalait une odeur très prononcée de chloroforme et, outre de l'albumine, avait dans ses urines trente-trois grammes de sucre par litre.

La température au moment de l'entrée, c'est-à-dire à trois heures de l'après-midi, était de 37°2 ; à six heures du soir de 38°2.

A l'autopsie, le cadavre présente sur la face antéro-supérieure du foie un abcès de la grosseur d'un œuf. La vésicule biliaire contient de la bile normale et quelques calculs. Les canaux cystiques, hépatique, cholédoque sont perméables, légèrement rougeâtres et ne présentent aucune ulcération.

Les poumons présentent à leurs bases quelques foyers très disséminés de broncho-pneumonie. La rate est molle, grosse et de coloration normale.

Les reins sont assez gros. Le tube digestif, examiné dans toute sa longueur, ne présente aucune ulcération.

A la coupe on voit dans le foie, le rein et la rate un assez grand nombre de petites colonies de colibacilles, qui remplissent les vaisseaux intra-lobulaires hépatiques, ceux de la pyramide ou de l'écorce du rein, ainsi que ceux de la rate.

L'abcès du foie renfermait exclusivement des colibacilles.

M. Gellé signale l'intérêt du fait, les diabétiques plus que tous autres malades sont exposés aux infections, mais il est rare cependant de relater des observations de colibacillose au cours du diabète.

De plus étant donné l'intégrité apparente de tout le tube digestif, la porte d'entrée de l'infection reste inconnue. Il est cependant logique d'admettre une infection primitive de cet organe par voie ascendante.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Accidents du travail. Ampoule forcée

L'ampoule forcée doit-elle être considérée comme un accident du travail, tombant sous l'application de la loi du 9 avril 1898 ?

La question nous paraît être la même pour l'ampoule forcée que pour le durillon forcé ; elle doit en conséquence se résoudre d'après les mêmes principes et conformément aux mêmes distinctions. Voir *Echo Médical du Nord*, 1905, IX, page 141.

C'est ce qui a été décidé par le juge de paix du 2e canton de Lorient, le 10 janvier 1903, dans un jugement qu'il est d'autant plus intéressant de publier que les décisions de jurisprudence à ce relatives sont extrêmement rares (*Revue des Justices de Paix*, 1903, XI 417).

Un ouvrier invoquait la loi du 9 avril 1898, en présentant un certificat dans lequel le Docteur Flandroit attestait que « ledit ouvrier était atteint d'un abcès sous-cutané à la paume de la main droite, consécutif à une ampoule forcée. »

Le juge de paix rejeta la demande en se fondant sur ce que le demandeur ne faisait pas la preuve que l'incapacité de travail alléguée ait eu pour cause un accident de travail au sens légal de l'expression. « Attendu que l'ampoule n'est rien autre qu'une petite tumeur formée par la sérosité épanchée entre le derme et l'épiderme, et qui peut se produire en maintes circonstances, par exemple, quand un individu, pour faire un travail, emploie des outils auxquels il n'est pas habitué ; que ce léger bobo cède à la première médication et qu'il ne devient abcès que si, comme en l'espèce, on force l'ampoule par la continuité de l'effort, ce qui est absolument volontaire, et en tout contraire au cas fortuit et imprévu ». J. Jacquey.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

E.-F. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, etc. biographie médicale, par le docteur F. Chavernac, d'Aix, Paris, Masson, 1903.

« Je montrerai ce chirurgien tel que je l'ai connu, doué des plus riches et des plus séduisantes facultés ; professeur accompli, opérateur habile, clinicien consommé, administrateur éminent, esprit vif, orné et loyal, caractère noble, généreux et conciliant, littérateur et poète, homme de goût, amoureux de la gloire, la poursuivant sans cesse et la cherchant encore quand elle était venue, vieillissant dans une longue jeunesse et conservant dans cet heureux âge le souvenir d'une vie longtemps facile, mais toujours laborieuse, digne et honnête ». C'est ainsi que s'exprime dans l'avant-propos du premier volume consacré tout entier à la biographie du professeur Bouisson, celui qui fut l'un de ses élèves préférés, le docteur Chavernac. Bouisson fut en effet à la fois et successivement tout ce qui est condensé dans ces quelques lignes. Gratus et memor, le

biographe développe ces assertions avec les documents que la femme d'élite, digne du grand cœur et de la grande intelligence qu'était BOUISSON, a mis à sa disposition pour continuer la mémoire de son mari.

« AMBROISE PARÉ naquit dans la soupente d'un barbier, J.-L. PETIT couchait à belle étoile sur les marches de la Charité ; elles lui servaient d'oreillers. DESAULT fut un modeste répétiteur de mathématiques. BOYER était le fils d'un pauvre tailleur et sa mère tenait une petite mercerie. DELPECH et DUPUYTREN étaient d'une naissance obscure et leur fortune était presque nulle. ANTOINE DUBOIS tint dans sa jeunesse les comptes d'une tripière, VELPEAU était fils d'un maréchal-ferrant ; il battit le fer chaud sur l'enclume de son père et cinq ans après avoir quitté le tablier de cuir, il enseignait l'anatomie ». BOUISSON était le onzième fils d'un soldat de l'empire retiré à Mauguio (Hérault). Son enfance, ses succès, son entrée à la Faculté de médecine, les étapes de ses études, sa nomination au concours d'agrégation de chirurgie à 22 ans, sa nomination au concours à la chaire de physiologie de la Faculté de Strasbourg à 23 ans, sa nomination au concours à la chaire de pathologie externe de Montpellier à 25 ans, son passage à 32 ans à la chaire de clinique chirurgicale, toute cette période de luttes et de succès, M. CHAVERNAC le dit avec un luxe de détails et une piété filiale qui élève les cœurs. Le fameux concours entre NÉLATON et BOUISSON pour la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de Paris, le décanat du maître, les distinctions honorifiques qui lui parviennent de tous côtés, l'accueil que lui font l'Académie de médecine, l'Institut, l'intérim de trois ans qu'il fait à la tête de l'Académie de Lille et la façon cavalière dont il en est dépossédé; enfin son action à la Chambre des Députés, où il siégea quatre ans de 1871 à 1875, toutes ces phases de la vie de BOUISSON toutes à son honneur, le biographe les a dites comme il convient. Aussi ne peut-on que féliciter le docteur CHAVERNAC d'avoir fait ainsi revivre cette grande figure du chirurgien montpelliérain.

L'hommage à rendre à sa mémoire eut été incomplet si l'édition complète de ses travaux n'avait pas fait suite à cette biographie si attachante. Treize volumes édités avec le plus grand soin constituent l'œuvre entière de BOUISSON et contiennent ses thèses de professorat, son *Tribut à la chirurgie*, les éloges qu'il savait si bien composer et si bien dire, ses rapports, ses discours politiques, ses poésies.

Honneur à BOUISSON, honneur à son biographe.

Dr F. C.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Un procès médical célèbre il y a un siècle.

Il y a précisément un siècle, en septembre 1804, un procès, qui eut un retentissement énorme, mit aux prises le célèbre Dr J.-L. BAUDELOCQUE et son confrère SACOMBE. Ce médecin, né à Carcassonne vers 1750 et reçu docteur à Montpellier, était venu à Paris professer les accouchements et même les mettre en vers (*La Luciniade ou l'art des accouchements*, poème didactique, Paris, 1792 ; 4e édition, Nîmes, 1815). La réputation ne venant pas au gré de son impatience, il crut que le meilleur moyen de hâter ses succès était de s'attaquer au plus célèbre accoucheur de Paris, BAUDELOCQUE, partisan de l'opération césarienne, que lui, SACOMBE, proscrivait comme meurtrière (1).

BAUDELOCQUE avait pratiqué l'opération césarienne sur Mme Alexandre TARDIEU, la femme d'un graveur de la marine ; et il s'était servi, un de ses instruments lui faisant défaut, d'un couteau de table, au cours de son opération. SACOMBE publia quelques jours plus tard un pamphlet des plus violents contre BAUDELOCQUE. « Mme TARDIEU et son enfant sont morts, disait-il ; le chirurgien, que j'accuse, a commis un double assassinat. »

Ce libelle fit grand bruit. La plupart des médecins prirent fait et cause pour BAUDELOCQUE. Ce dernier assigna SACOMBE devant le tribunal correctionnel ; et l'avocat du demandeur, Me DELAMALLE (2), sans égard pour la douleur du veuf, prononça une plaidoirie, qui fut — non sans raison ! — durement critiquée par la plupart des journaux. Quelques lignes donneront la mesure de l'inconscience de l'avocat : « Mme TARDIEU, disait-il, a été « nouée » dès le bas âge. Elle ne pouvait l'ignorer. Si son mari n'en était pas instruit, du moins devait-il savoir que les jambes de sa femme, arquées en différents sens, n'offraient pas, à l'œil d'un artiste célèbre comme lui, cette forme régulière qu'il avait eu tant de fois l'occasion d'observer et de prendre pour modèle. »

SACOMBE fut condamné à 3,000 francs d'amende et aux frais. Ne pouvant payer cette somme, il s'expatria. Quelques années après, il revint en France sous le nom de Lacombe et fut nommé principal du collège de Paray-le-Monial. Sa supercherie ayant été dévoilée, il fut destitué, et vint à Paris où il recommença à composer des libelles, cette fois contre l'Empereur. Celui-ci ne plaisantait pas avec les pamphlétaires. Il fit incarcérer SACOMBE, qui ne recouvra la liberté qu'à la rentrée de Louis XVII. Il mourut en 1822. La réputation de SACOMBE comme accoucheur fut réduite de bonne heure à sa juste valeur. Il n'a conservé que celle de versificateur, traitant avec une certaine facilité des sujets rebelles à la poésie (*La Vénusalgie* ou *La maladie de Vénus*, 1814 et 1816, sous le titre : *Vénus et Adonis*).

Quant à BAUDELOCQUE, il avait si profondément souffert des attaques dont il avait été l'objet, que sa santé s'altéra. Il

(1) Encore une victime de l'opération césarienne, ou le cri de l'Humanité. Paris, 1796, 8°, 64 p. — Plus d'opération césarienne, Paris, 1798, 8°.

(2) DELAMALLE. Plaidoyers pour le sieur BAUDELOCQUE... contre Alexandre TARDIEU, graveur de la marine ; Jean François SACOMBE, se disant accoucheur ; la femme BRIDIF et le sieur LEFÈBVRE, imprimeur ; prononcés par... aux audiences des 28, 30 messidor et 7 thermidor an XII, recueillis par le sténographe. Paris, 4°, an XII. — Réplique pour le sieur BAUDELOCQUE, contre... etc., etc... 4°, Paris, 1804. — Plaidoyer du Dr SACOMBE, défenseur, en réponse à celui de M. DELAMALLE, défenseur de M. BAUDELOCQUE, demandeur. Paris, 1804, 4°. — Réplique du Dr SACOMBE, en réponse à celle de M. DELAMALLE, etc... Paris, 1804.

mourut peu d'années après, en 1810, au moment où l'Empereur venait de le choisir comme médecin-accoucheur de Marie-Louise.

L. P.

(Gazette médicale de Paris).

Les Nurses américaines au Japon

Il paraît que les nurses américaines ne sont pas au Japon les très bienvenues.

Certes, l'exquise politesse des Japs ne leur permettrait pas de parler comme Frédéric Treves à propos de l'Afrique du Sud : « Les femmes et les mouches sont les deux pestes du pays ». Mais peut-être le pensent-ils sans le dire.

M. Curtis, qui représente *le Globe*, en Extrême-Orient, écrit ceci :

« Les difficultés les plus grandes qui aient occupé le gouvernement japonais depuis le début de la guerre actuelle sont venues des correspondants de journaux et des nurses américaines. On avait besoin ni des uns, ni des autres ; les unes et les autres ont été plus qu'ennuyeux.

« Les infirmières ont été traitées princièrement ; elles ont été assassinées de politesse, ensevelies sous les cadeaux et les fleurs... et expédiées à l'autre bout du Japon, où elles sont supposées panser soldats et prisonniers détériorés. Le gouvernement les redoute, les médecins militaires les regardent d'un mauvais œil, ils voient en elles des incubes.

« Ce dévouement, qui leur fit parcourir des milliers de milles dans le but d'aller soigner des matelots et des soldats, a provoqué des sentiments de reconnaissance effrayée, et beaucoup d'embarras. Les nurses ne savent ni parler ni entendre le japonais, pas plus d'ailleurs que tout autre langue que l'anglais ; elles ne peuvent par conséquent, communiquer ni avec les chirurgiens d'armée ni avec les blessés ; cela les rend à peu près inutiles.

« De plus, les infirmières n'ont pas pu accepter les nourritures japonaises et vivre à la mode du pays. Le service médical a eu fort à faire et a pas mal dépensé pour installer une partie de l'hôpital d'Hiraschima à leur convenance, et à les faire nourrir par des cuisiniers européens. En revanche, les avantages qu'elles procurent sont ceux de l'Eléphant blanc ».

On n'avait rien à faire avec elles dans un pays où l'organisation médicale est poussée à la perfection. Il est vrai, qu'au point de vue des sympathies réciproques de nation à nation, la visite des aimables nurses a été un vrai succès.

Cependant on peut regretter qu'elles n'aient pas été suffisamment informées des services qu'elles étaient appelées à rendre ou à ne pas rendre avant que leur départ fût décidé. Il est aussi permis de douter que l'humanité et la philanthropie seules les aient poussées ; on peut faire une petite part à la curiosité, au besoin de changement, à l'amour de la gloire.

Toutefois, sur un point peut-être, l'aventure sera bonne. Parmi toutes ces femmes, il y aura bien quelqu'une, sachant tenir une plume, qui nous racontera à son retour d'intéressantes choses sur les habitudes médicales et sur la vie sociale des Japs. (*Medical Record,* 10 sep. 1904, p. 420).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Les **Congés de Pâques** pour l'Université de Lille commenceront le dimanche 16 avril et se continueront jusqu'au lundi 1er mai inclus.

— Par **arrêté ministériel** du 6 avril, un congé d'un an, du 1er mai 1905 au 30 avril 1906, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. GAULARD, professeur de clinique obstétricale à la Faculté ; M. BUÉ, agrégé près la Faculté, est chargé, en outre, pendant le même espace de temps, d'un cours de clinique obstétricale.

— L'Académie de médecine a décerné les récompenses suivantes à ceux de nos confrères de la région dont les travaux spéciaux et les vaccinations et revaccinations en 1903 lui ont été signalés. Une *médaille d'argent* à MM. les docteurs BAUDUIN, de Lens ; CARPENTIER, à Fampoux (Pas-de-Calais) ; CLEUET, à Vimy (Pas-de-Calais) ; GEORGIADÈS, à Jaulgonne (Aisne) ; HERNU, à Auchel (Pas-de Calais) ; RAZEMON, à Oigniès (Pas-de-Calais). Un rappel de *médaille d'argent* à MM. les docteurs DUPUICH, d'Arleux (Nord) ; SANDRAS, médecin-major de 2e classe à l'école militaire d'infanterie à Montreuil-sur-Mer (Pas-de-Calais).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs HERVIEUX, doyen de l'Académie de médecine ; LANDEAU, d'Eysines (Gironde) ; DE BRINON et GEAY, du Mont-Dore (Puy-de-Dôme).

BIBLIOGRAPHIE

Les indications des interventions chirurgicales dans les maladies internes, à l'usage des Médecins Praticiens, par le Professeur HERMANN SCHLESINGER (de Vienne), traduction française de MM. les Docteurs LICHTWITZ et SABRAZÈS, Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux de Bordeaux. Un volume in-18 jésus.

MM. les Docteurs L. LICHTWITZ et J. SABRAZÈS, de Bordeaux, viennent de traduire en français le livre du Professeur H. SCHLESINGER, de Vienne, sur les indications opératoires dans les maladies internes.

Cet ouvrage n'a pas d'analogue dans notre littérature médicale. Il répond à l'heure actuelle à un impérieux besoin. Il sera certainement accueilli chez nous avec la même faveur et le même empressement de la part de MM. les Praticiens, Médecins, Chirurgiens, et de MM. les Etudiants, qu'en Autriche et en Allemagne où les deux premiers volumes déjà parus, ont obtenu tant de succès. C'est là en effet une œuvre éminemment clinique qui tient et au delà les promesses de son titre car, en outre de la discussion des indications opératoires, elle comprend la discussion du diagnostic avec mise en valeur des symptômes essentiels dans les divers cas envisagés. Toute la pathologie médicale est ainsi passée en revue dans des pages d'une lecture facile, quoique substantielles, remplies d'exemples concrets tirés pour la plupart de la pratique de l'auteur qui s'est depuis longtemps spécialisé dans ces etudes.

H. SCHLESINGER n'a pas seulement condensé dans son livre les fruits de son expérience clinique ; il a dégagé des travaux les plus importants publiés dans les divers pays sur ce sujet, l'opinion la plus judicieuse qui servira de ligne de conduite au médecin et au chirurgien appelés à juger de l'opportunité d'une intervention.

2me partie. — Maladies du foie et de la vésicule biliaire, maladies de la rate, maladies du pancréas, maladies du rein et du bassinet, maladies de la vessie.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **La scrofule, terrain septico-pyohémique héréditaire ou acquis et diathèse, lymphoïde pré ou post tuberculeux (maladie systématisée du système lymphatique et de ses dépendances)**, par le docteur P. Gastou, Paris, *Doin*, 1904.

— **Contribution à l'étude des fonctions du corps thyroïdien**, par les docteurs Verstraeten et Vanderlinden, extrait des *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1897.

— **La protection de la première enfance dans les cités industrielles : les crèches industrielles**, par le docteur Levesque, Lille, *Morel*, 1905.

— **Les bibliothèques universitaires hollandaises** (Leiden-Utrecht, Groningue, Amsterdam), par P. Vanrycke, Paris, *Bouillon*, 1904.

— **Relevé statistique de 500 interventions faites sur l'apophyse mastoïde**: 1° mastoïdites aiguës, 2° cures radicales (annexé au travail de MM. Moure et Brindel), Bordeaux, *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1905.

— **Trépanation du labyrinthe pour corps étranger enclavé dans un canal semi-circulaire, guérison**, par le docteur G. Laurens, extrait des *Archives internationales de laryngologie*, 1905.

— **La chirurgie de l'oreille dans ses rapports avec la base du crâne et la colonne vertébrale**, par le docteur G. Laurens, extrait des *Archives internationales de laryngologie*, 1905.

— **Le coryza syphilitique, rhino-pharyngite purulente, septico pyohémique chez les nouveau-nés syphilitiques**, par le docteur P. Gastou, Paris, *Doin*, 1904.

— **Contribution à l'étude du bromdiéthylacétamique (neuronal), son action sédative et hypnotique chez les aliénés**, par le docteur Artarit, thèse Paris, 1905.

— **De la fréquence de l'ankylostome et de quelques autres vers intestinaux, dans une région du bassin houiller du Pas-de-Calais**, par le docteur Brénon, de Bully-Grenay, Paris, *Baillière*, 1905.

— **Notes d'un voyage médical en Danemark**, par le professeur Landouzy, Paris, *Maretheux*, 1901.

— **Contribution à l'étude des souffles veineux, dits « bruits de diable », chez l'homme**, par le docteur Verstraeten, extrait des *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1894.

— **Hygiène et pathologie cutanées du premier âge**, par le docteur P. Gastou, Paris, *Doin*, 1905.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

12e Semaine du 26 mars au 1er avril 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	4
3 mois à un an	6	1
1 an à 2 ans	2	4
2 à 5 ans	8	1
5 à 20 ans	»	1
20 à 60 ans	16	19
60 ans et au-dessus	6	8
Total	47	38

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	4	7	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	3	6	13
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	2	»	1	2	1	»	1	1	»	»	»	»	»	7	17	21
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	»	1	»	1	3	»	»	»	»	»	4	13	19
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	14
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	3	»	»	1	1	»	1	1	»	»	»	»	»	4	12	11
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	1	4	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	7	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	1	1	2	1	»	»	»	»	»	4	11	10
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	3	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	5
Total	»	»	»	»	1	17	»	»	8	»	1	3	4	2	6	8	»	»	»	»	»	31	81	118

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 431. Neuvième Année. N° 16 Le Numéro : 10 centimes 16 Avril 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'angle colique gauche.
Son influence sur la circulation intestinale.

par MM. les docteurs

O. Lambret, professeur agrégé de chirurgie et **G. Gérard,** professeur agrégé d'anatomie

Les interventions pratiquées d'une façon plus précoce et en plus grand nombre ont, dans ces toutes dernières années, permis de découvrir quelques mécanismes rares et jusqu'ici inconnus d'occlusion intestinale. A ce propos, la question de l'influence de l'angle gauche du côlon sur la circulation des matières dans le gros intestin, s'est trouvée posée ; le sujet nous a paru suffisamment intéressant et neuf, et à l'occasion d'un fait observé par l'un de nous, nous nous croyons autorisés à apporter une modeste contribution à son étude.

Des travaux récents sur la topographie abdominale ont eu pour résultat de démontrer que la position de nombreuses parties de l'intestin était sujette à de grandes variations ; particulièrement pour le gros intestin, nous savons maintenant que les différents segments qui le composent affectent des situations très diverses : il y a loin entre la réalité et la forme schématique que lui donnaient nos classiques, et le vaste point d'interrogation qu'on nous présentait comme normal, entourant de toute part la masse du grêle devrait plutôt être considéré comme une anomalie. Le cœcum, on le trouve derrière l'ombilic, sous le foie, sous le diaphragme, derrière la vessie, dans la fosse iliaque gauche ; le côlon ascendant, on l'a vu manquer complètement, décrire une anse courte ou un S sous le foie, se placer transversalement, etc. ; le côlon transverse peut adopter les rapports et les formes les plus inattendus : ses déplacements sont tellement fréquents qu'on les a classés et réunis sous un certain nombre de types dont le chiffre n'est pas inférieur à six. C'est bien à lui que conviendrait cette épithète, un peu impropre sans doute, mais frappante, qu'avait donnée Roux au pylore qu'il appelait « le facteur rural de l'abdomen ».

Or, en face de ces variations dans la position de ces organes et plus particulièrement en regard de celles de l'angle colique droit, la fixité de l'angle colique gauche fait un singulier et intéressant contraste.

Cette fixité paraît réelle et a été mise en lumière par les observations de nombreux auteurs. **Glénard** décrit l'angle gauche du côlon comme étant toujours suspendu à la dixième côte, en arrière de la ligne axillaire, par un repli péritonéal dont les attaches sont fixes et dont la longueur ne varie jamais, et il ajoute : le coude gauche du côlon est à sa place dans toutes les autopsies. Pour **Jonnesco** il répond à la septième ou à la huitième côte ; pour **Fromont**, **Ducatte**, **Lushcka**, c'est à la neuvième. **Mauclaire** et **Mouchet** le placent au niveau des neuvième, onzième et huitième côtes par ordre de fréquence ; **Buy** le situe en face des neuvième et dixième côtes. **Gérard**, dans la note qu'il m'a remise pour ce travail, dit : l'angle splénique du côlon se trouve invariablement dans l'hypochondre gauche, derrière l'estomac, devant le rein et la capsule surrénale, au-dessous de la rate et contre la paroi thoraco-abdominale à la face interne de la huitième et de la neuvième côtes gauches.

On le voit, ces différents auteurs ne sont pas absolument d'accord sur le point exact du gril costal au niveau duquel se trouverait l'angle colique gauche ; mais ils ne sont pas loin de s'entendre, leurs évaluations diffèrent très peu l'une de l'autre et ce qui, en somme, nous paraît devoir être retenu au point de vue pratique, c'est que, à quelques centimètres près, la situation de l'angle en question est invariable. Bien entendu, il y a des exceptions, et **Quénu** s'en est servi pour protester contre ce que les précédentes affirmations lui paraissent avoir d'absolu ; au cours d'une série de recherches il lui est arrivé de rencontrer des sujets chez lesquels l'angle colique était en situation plus basse, dans un cas entre autres, il fut trouvé dans le flanc à trois centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; de même **Mauclaire** et **Mouchet** l'ont vu dans la fosse iliaque. Mais encore une fois, ne sont-ce pas là les exceptions qui confirment la règle et leur possibilité étant admise, nous ne devons pas compter avec elles, mais bien plutôt et à juste titre, considérer l'angle gauche du côlon comme étant la partie la plus fixe du gros intestin.

Cette fixité, il la doit à ses rapports avec le péritoine et surtout à la présence et à l'action d'un ligament auquel **Bochdaleck** en 1867 a donné le nom de ligament phrénico-colique. Dans 95 0/0 des cas, l'angle est directement appliqué sur le rein ou en dehors de lui sur la paroi abdominale sans interposition de méso ; sa face postérieure est soudée au péritoine pariétal et en apparence dépourvue de couverture séreuse, le revêtement péritonéal ne l'entourant que dans les 3/4 ou les 2/3 de sa circonférence. Voilà une première raison de sa fixité ; la seconde, beaucoup plus importante, c'est le ligament phrénico-colique. Après **Phobus** et **Bochdaleck**, **Adenot**, **Decatte**, **Buy**, **Quénu** l'ont étudié et en ont donné des descriptions qui sont malheureusement loin d'être superposables. Il faut, croyons-

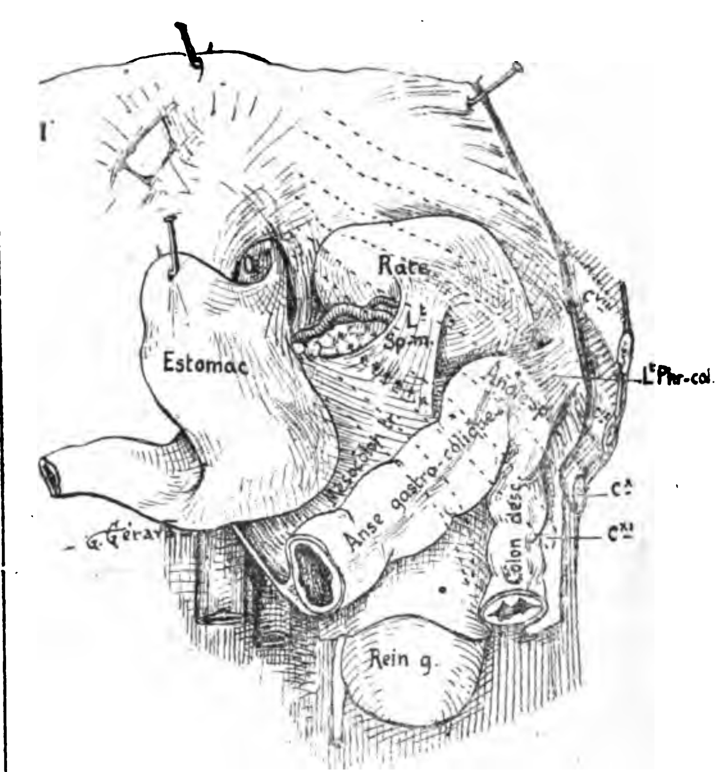


Fig. 1. — L'angle colique gauche (Gérard).

nous, le considérer comme un repli triangulaire à sommet dirigé en arrière qui vient se confondre avec le péritoine pariétal, en s'insinuant dans l'angle que forme le rein gauche à sa partie supérieure avec la paroi thoraco-abdominale. La base de ce triangle regarde en avant, son bord libre et concave se continue avec le bord gauche du grand épiploon, son bord gauche s'insère sur les digitations du diaphragme dans les environs de la neuvième côte, son bord droit sur l'angle gauche du côlon. **Bérard** et **Patel** le décrivent comme formé ordinairement de deux faisceaux : l'un inférieur, est constant ; il s'insère à l'angle même du côlon ; le second est supérieur et inconstant, il se fixe sur la partie terminale du côlon transverse. Ce second faisceau, lorsqu'il existe, maintient donc d'une façon relative l'horizontalité de la terminaison du côlon transverse, on comprend que grâce

à cette horizontalité, le passage des matières s'accomplisse facilement dans le côlon descendant. Or, étant donné la fixité non seulement de l'angle, mais encore du côlon descendant, on comprend également que l'amplitude de l'ouverture de cet angle dont un côté est ainsi formé par le côlon transverse et l'autre par le côlon descendant, soit presque uniquement sous la dépendance de la position occupée par le côlon transverse : l'angle colique sera d'autant plus ouvert que le transverse sera plus horizontal, il sera d'autant plus aigu que le transverse sera plus ptosé et en situation basse, surtout si la bandelette supérieure du ligament phréno-colique vient à manquer. Ceci n'est pas une vue de l'esprit. Si, après résection de la paroi thoraco-abdominale, et en ayant soin de ne déplacer aucun organe, on fait une fenêtre sur la face supérieure de la terminaison du côlon transverse, on voit, au niveau de la coudure, une sorte de valvule qui occupe la paroi inférieure et qui est constituée par l'adossement de la paroi inférieure du côlon transverse à la paroi interne du côlon descendant. GLÉNARD n'a pas manqué de signaler le fait dans ses travaux sur l'enteroptose, il décrit à ce niveau ce qu'il appelle l'orifice colique sous-costal gauche qui fait communiquer le transverse avec le côlon descendant. Il considère que cet orifice est d'autant plus compromis que le transverse est plus ptosé. Or, la ptose du transverse, si tant est que ptose il y a, est fréquente, sa dilatation également, dilatation qui serait consécutive au séjour des matières fécales et aux difficultés de leur marche et de celle des gaz dans cette partie de l'intestin, dilatation acquise et qui va progressant avec l'âge et aussi peut-être avec l'obstacle rencontré au niveau de l'angle ; mais c'est là un point qui offre encore matière à discussion. GÉRARD croit qu'il est légitime d'attribuer à de nombreux cas d'entéroptoses une origine congénitale :

« 1° Primitivement, une malformation légère du » côlon transverse existant déjà à la naissance, s'exa» gère sous l'influence de diverses causes (alimenta» tion vicieuse, âge, corset, constipation habituelle) » grâce à la présence de l'angle gauche, angle fixe » du côlon.

« 2° Secondairement, l'anse colique dite transverse » augmentée de volume, dilatée, pesante, toujours » remplie de liquide, exagère à son tour l'obstacle » apporté par l'angle splénique ; on tourne dans un » cercle vicieux et, loin de s'améliorer, la dilatation » une fois constituée aura toujours tendance à s'ac» croître. »

Ainsi, on voit peu à peu apparaître le rôle que l'angle gauche du côlon peut jouer en tant qu'obstacle apporté à la circulation des matières dans le gros intestin ; on pressent déjà les cas dans lesquels le transverse se coudant au maximum sur le côlon descendant, la valvule résultant de l'adossement des parois de ces deux côlons, est capable de provoquer un arrêt complet dans la circulation, et on comprend que dans de semblables circonstances l'occlusion devienne de plus en plus définitive au fur et à mesure que le côlon se dilate davantage.

Ce mécanisme a été invoqué pour la première fois par ADENOT en 1895 ; RICHE et LEGUEU l'adoptèrent également.

Les observations de ces trois auteurs avaient trait à des cas d'occlusions intestinales consécutives à des interventions sur l'abdomen. Mais la question se déplace en 1902 avec une communication de TERRIER à la Société de Chirurgie. TERRIER rapporte l'histoire d'une malade qui souffrait d'une constipation opiniâtre avec crises douloureuses, dilatation du transverse, aplatissement du côlon descendant ; ces accidents furent mis sur le compte de l'exagération de la coudure de l'angle gauche. Une anastomose entre le côlon transverse et l'S iliaque, amena la guérison de la malade. POIRIER et surtout REYNIER apportèrent alors des faits offrant une certaine analogie avec le précédent. La communication de REYNIER est à retenir. Elle vise des cas où il existe une véritable occlusion fruste qui passe inaperçue au milieu d'autres symptômes ; il s'agit de malades qui ont presque tous — (mais pas tous croyons-nous) — de la ptose viscérale ; ils présentent des troubles digestifs plus ou moins exagérés suivant qu'ils sont plus ou moins névropathes, ils ont de la constipation habituelle, voire de la colite muco-membraneuse ; on constate souvent dans l'exposé de leurs plaintes qu'ils reviennent sur une douleur localisée dans l'hypochondre gauche, qui survient en même temps que les troubles digestifs sont plus marqués : « Le point douloureux de la » septième et huitième côte serait dû à une occlusion » incomplète au niveau de l'angle gauche ; j'avais vu » faire à propos de cette douleur, de nombreux diag» nostics : tantôt on avait cherché des adhérences » pleurales qu'on ne trouvait pas, tantôt on avait cru » à une névralgie intercostale. C'est alors qu'interro-

» geant les malades et apprenant que souvent ces » douleurs apparaissaient avec des ballonnements » de ventre, diminuaient par l'émission de gaz ; » remarquant d'autre part que j'avais affaire à des » ptosiques, à des dilatés d'estomac, à des malades » chez lesquels la sangle musculaire abdominale est » insuffisante, je pensai à une chute du côlon trans- » verse augmentant l'angle de coudure que celui-ci » fait avec le côlon descendant. Par suite de cette » coudure, la circulation gazeuse du gros intestin se » fait mal au niveau de cet angle et le côlon trans- » verse se laisse distendre par les gaz ».

D'autres observations ont été publiées depuis qui — en dehors des cas d'accidents post opératoires que nous voulons laisser de côté, car la paralysie intestinale peut y jouer un trop grand rôle — démontrent la possibilité d'une occlusion complète par vice de position de l'intestin au niveau de l'angle colique gauche ; elles appartiennent à Bérard, Morestin, Brin, d'Angers ; on en lira plus loin une qui m'est personnelle.

Ainsi, suivant le degré d'exagération de la coudure de l'intestin, on observerait une sorte de gamme allant depuis la simple gêne dans la circulation des matières jusqu'à leur arrêt complet.

Disons toutefois qu'à cette théorie nette et précise, Quénu a fait quelques objections et substitué à celle que nous venons de donner une autre explication des faits. Il a étudié le ligament phrénico-colique, ce fameux ligament « dont l'importance est telle que toute la mécanique intestinale est viciée ou s'il suspend trop ou s'il suspend trop peu » ; il a fait des expériences sur la perméabilité de l'intestin aux gaz et aux liquides au niveau de l'angle colique. La situation de l'angle, nous l'avons déjà dit plus haut, ne lui est pas apparue si invariable, la gêne au cours des matières si importante. Mais au cours de ces recherches, il a découvert que de nombreux cadavres portaient de ci de là sur les côlons et particulièrement au niveau de l'angle gauche des reliquats inflammatoires anciens sous la forme de petites brides : « il existe le long du gros intestin et peut-être plus spécialement sur la dernière partie du transverse et près de l'angle splénique de petites brides dirigées perpendiculairement à l'axe de l'intestin, elles sont constituées par des franges épiploïques reliées au grand épiploon ». Leur rôle pathogénique dans les accidents qui nous occupent pourrait, pour lui, devenir important, plus important que la situation élevée de l'angle colique dans l'hypochondre, que son degré d'acuité et que la différence de calibre entre le côlon transverse et le côlon descendant. Ces petites adhérences ne vont pas jusqu'à former cercle autour de l'intestin et jusqu'à l'enserrer complètement, mais elles se bornent à gêner son expansion et peuvent être la cause de ces occlusions frustes qui se traduisent par les malaises que nous venons de signaler. L'origine de ces brides minuscules, de ces « petites ficelles péricoliques » doit être attribuée à de légères inflammations intestinales, à des inflammations d'organes abdominaux même éloignés : annexites, appendicites, cholécystite, ulcères simples, etc.

Ces productions de petits foyers inflammatoires à distance capables de se traduire plus tard par des adhérences ou des brides sont en effet connues. Ceci étant, que penser de la théorie de Quénu ? sinon que le chapitre de l'occlusion intestinale est large et son giron assez vaste pour donner asile aux deux théories. Avec celle de Quénu, nous retrouvons une vieille connaissance : l'occlusion intestinale par brides intrapéritonéales ; l'occlusion par exagération de la disposition angulaire du coude gauche du côlon est plus neuve, et voilà tout. Certaines observations paraissent en effet difficilement explicables autrement, même celle de Terrier que discutait Quénu. Voici la nôtre très résumée pour ne pas allonger outre mesure cet article.

Observation I. — F..., trente-huit ans, souffre du ventre depuis longtemps, a eu plusieus enfants, le dernier il y a six mois. Depuis cette époque a eu trois crises d'occlusion intestinale, complète, cédant au bout d'une dizaine de jours à des moyens médicaux, mais laissant, après elles, un abdomen ballonné et une malade intoxiquée par la stercorémie.

Quand je la vois elle vient d'avoir une crise, l'état général est mauvais, le pouls à 130 ; la palpation de l'abdomen est très intéressante, il est énorme et rempli, semble-t-il, par une seule anse intestinale en V, dont une branche occupe la moitié droite, l'autre la moitié gauche. Cette anse contient des gaz et des liquides qui clapotent, j'interviens le surlendemain.

Opération le 11 novembre 1904 avec mes confrères Lecat, de Méricourt, et Minet, de Billy-Montigny. Le ventre ouvert, une portion de l'anse perçue à la palpation se présente, grosse comme une cuisse d'adulte et tellement distendue par les gaz, qu'un cri unanime est poussé par nous, c'est l'estomac *dilaté*. Cela étant néanmoins improbable, la découverte de minuscules fragments épiploïques et de vestiges de bandelettes longitudinales, la palpation me permettent d'affirmer qu'il s'agit du côlon transverse. Je le suis avec la

main, me dirigeant vers l'angle gauche du côlon, il s'enfonce très loin dans l'hypochondre ; brusquement lui fait suite le côlon descendant aplati et vide ; à leur point de réunion, on ne sent absolument rien. J'hésite à faire un anus contre nature ou une entéro-anastomose. Je me décide pour cette dernière et pratique une colo-colostomie entre le côlon transverse et l'S iliaque. Cette opération est difficile pour deux raisons : la première c'est què l'S iliaque n'est pas mobilisable, son méso est excessivement court, pour ne pas dire absent ; la seconde, c'est ce que la paroi du côlon transverse se prête très mal à la suture, elle est très épaisse, mais en même temps très friable, elle se comporte absolument comme du carton mouillé, se laissant couper par les aiguilles et les fils ; aussi, par prudence, je fais trois plans de suture un muco-muqueuses, deux séro-séreuses. Drainage. Suture.

Tout alla bien d'abord, il y eut, pendant les premiers jours, émission d'une énorme quantité de matières fécales par l'anus, mais le sixième jour, les matières firent leur apparition à la plaie abdominale, une péritonite se déclara qui emporta la malade. Je crois devoir attribuer le fait à ce que, sous l'influence de l'évacuation si abondante qui s'est produite, le côlon a diminué de volume, s'est rétracté vers l'ombilic, l'S iliaque étant dépourvue de méso n'a pu le suivre, et comme la paroi du côlon était excessivement friable, elle s'est déchirée au niveau des sutures sous l'influence de la traction. Je ne vois pas d'autre explication de cette désunion tardive des sutures intestinales.

Parmi ses observations de côlons anormaux, trouvés à la salle de dissection, GÉRARD a choisi la suivante comme se rapprochant le plus de celle que je viens de rapporter :

OBSERVATION II. — Sujet masculin, cinquante-cinq ans. L'abdomen ouvert on n'aperçoit d'abord qu'une anse intestinale remplissant les deux tiers de la cavité abdominale : une observation rapide permet de voir qu'il s'agit d'un côlon transverse anormalement situé et très dilaté, dont le sommet arrive à la fosse iliaque interne gauche.

Résumons rapidement la situation de l'intestin, l'estomac et sa situation normale ; les anses grêles sont comme écrasées, ratatinées et complètement cachées sous le transverse ; le cœcum et le côlon ascendant dilatés sont à peu près à leur place, mais plutôt sous la paroi abdominale que dans le flanc ; l'angle hépatique existe.

Le *côlon transverse* décrit, dans son ensemble, une courbe générale à concavité supérieure et gauche (forme en V), dont le sommet arrive dans la fosse iliaque gauche, à cinq centimètres au-dessous de la ligne bisiliaque. Il présente deux portions bien distinctes :

a) La première, branche descendante, se dirige en bas, en avant et à gauche, en formant un angle d'environ 35° avec la verticale. Longue de trente-deux centimètres, d'un diamètre de douze centimètres à sa partie moyenne ; son bord droit, rectiligne dans ses deux tiers supérieurs, s'incurve dans le tiers inférieur, pour se continuer avec la convexité de l'anse ; son bord gauche est concave en haut et à gauche.

b) La seconde, branche ascendante, remonte obliquement vers la région épigastrique, en haut, légèrement en arrière et en dedans. Elle est longue de trente-six centimètres, d'un diamètre moyen de neuf centimètres. En haut, après s'être rapprochée de la ligne médiane du corps, elle se dévie en arrière et à gauche, jusqu'à l'extrémité inférieure de la rate.

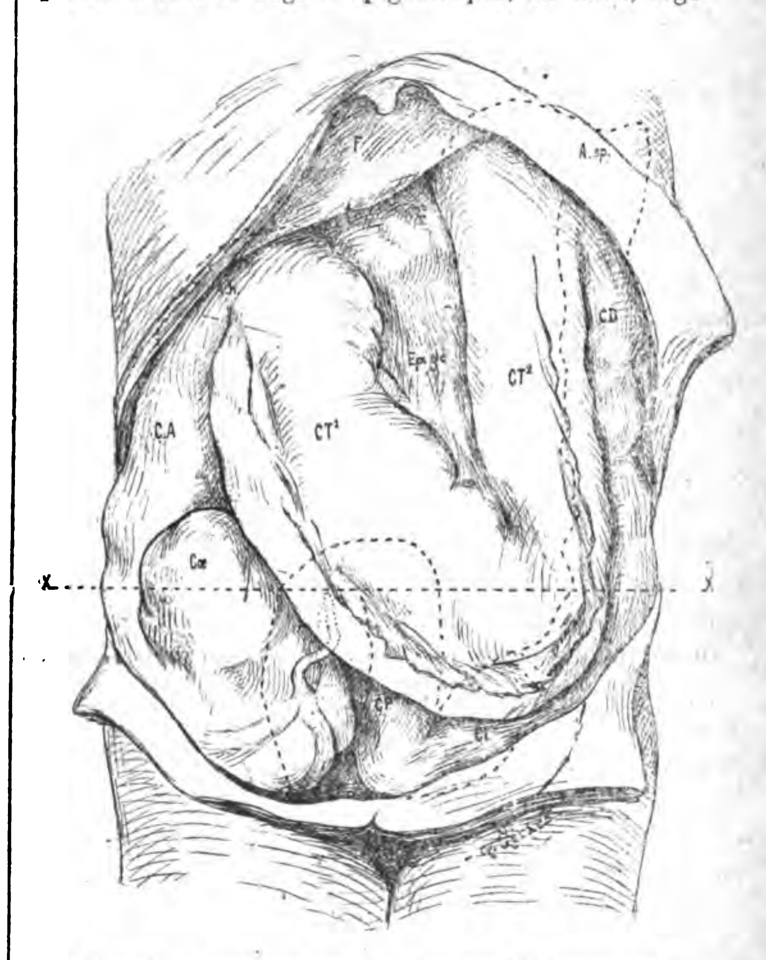


Fig. 2. — Côlon transverse très dilaté (forme en V). Observation II.

L'*angle splénique*, normal, répond à la face interne de la neuvième côte gauche. Il existe un ligament spléno-colique.

Le *côlon descendant* placé profondément, est normal par sa situation et son volume.

Comme on le voit la dilatation du côlon transverse cesse brusquement au niveau de l'angle splénique.

Deux mots de thérapeutique. Une première catégorie de nos malades ne relève pas de la chirurgie, ce sont ceux qui présentent des crises douloureuses, dues à des occlusions frustes ; chez ceux-là de grands lavements amèneront la débâcle salutaire ; un régime

alimentaire, la régularité des selles, une bonne ceinture abdominale préviendront les rechutes.

Dans la seconde classe deux cas sont à envisager ; ou bien on a affaire à une occlusion qui se prolonge et se répète, ou bien on est en pleine crise aiguë. Dans une circonstance comme dans l'autre nous ne croyons pas qu'il soit possible de faire le diagnostic de la cause véritable des accidents avant d'opérer. Tout au plus pourra-t-on localiser l'obstacle au niveau du gros intestin. L'important est donc d'intervenir, d'explorer méthodiquement l'abdomen après son ouverture, si l'état du malade n'accule pas l'opérateur à la dure nécessité de l'anus contre nature. L'angle gauche du côlon, il faut en être averti, est difficilement accessible, néanmoins on peut en plongeant la main dans l'hypochondre gauche, sans perdre contact avec le côlon transverse, arriver à le palper convenablement ; nous venons d'en faire l'expérience tout récemment au cours d'une laparotomie faite pour occlusion aiguë, avec nos confrères DECOUVELAERE et BRUNET ; nous avons pu sentir et faire sentir à notre aide un cancer annulaire de l'angle, dont le volume ne dépassait certainement pas celui du petit doigt. On y peut donc percevoir les tumeurs, on y peut également sentir une bride qui, selon la théorie de QUÉNU, effacerait la lumière de l'intestin. Si on ne sent ni bride, ni tumeur, on sera autorisé à conclure à une occlusion essentielle, due à la coudure de l'intestin.

Quelle conduite tenir alors ? ou bien faire la colopexie, comme BÉRARD (fixation du côlon transverse à la paroi abdominale, de façon à lui donner une direction horizontale), ou la colo-colostomie comme TERRIER ? C'est cette dernière qui nous paraît préférable ; la colopexie n'a pas paré immédiatement aux accidents et BÉRARD a dû faire un anus artificiel à son malade. Nous préférons donc la colo-colostomie, et instruit par notre observation, nous conseillons de la faire le plus haut possible, et si on peut, en un point où le côlon transverse vient s'accoler naturellement au descendant, de cette façon s'il se rétracte par la suite, il ne tirera pas sur les sutures, qui auront ainsi plus de chance de rester hermétiques.

Nous arrêtons là ces considérations sur l'angle gauche du côlon et son influence sur la circulation des matières et des gaz dans le gros intestin. En retenant les faits que nous venons d'envisager et qui comme on a pu le voir prêtent à quelques développements intéressants, il convient de n'en exagérer ni l'importance, ni la fréquence : s'il en était autrement les accidents d'occlusion seraient incessants. Pour terminer, rappelons qu'il est une manœuvre utilisée par de nombreux confrères dans les occlusions intestinales, manœuvre à laquelle ils doivent tous quelques succès, c'est la suspension par les pieds ; elle agit en déplaçant, en faisant tomber la masse intestinale dans la concavité du diaphragme et par les tractions internes qui en résultent peut détordre un volvulus, dégager l'intestin d'une bride ou de la cavité d'une hernie dans les fossettes intra-péritonéales ; ne semble-t-il pas théoriquement, qu'elle demande à être appliquée dans les occlusions par coudure de l'angle et n'apparaît-elle pas comme tout à fait capable de rétablir la perméabilité de « l'orifice colique sous-costal gauche » en ramenant le côlon transverse très haut vers le diaphragme ?

Importance des maladies vénériennes dans l'armée

Par le médecin principal **Moty**

En s'en rapportant à diverses communication faites à la *Société de prophylaxie sanitaire et morale*, le temps du service militaire serait l'origine d'un nombre de syphilis beaucoup plus considérable que la vie civile pour égale période à une même époque de l'existence. Cette opinion, vivement combattue par M. le professeur CHAUVEL, doit être examinée à nouveau avec chiffres à l'appui.

A quel âge se prend la syphilis ? Tel est le titre d'un article extrêmement important publié dans la *Presse médicale* par le docteur E. FOURNIER (4 avril 1900). Nous en extrayons un tableau résultant d'une statistique de 10,000 cas de syphilis chez l'homme (clientèle de ville).

Sur ces 10,000 cas ont été contractés :

660 à 20 ans	773 à 25 ans
698 à 21 »	628 à 26 »
810 à 22 »	545 à 27 »
829 à 23 »	498 à 28 »
789 à 24 »	388 à 29 »

En établissant un pourcentage par périodes de plusieurs années on trouve que ces 10,000 syphilis ont été acquises :

de 14 à 19 ans	8,20 %
30 à 39 »	65,67 »
40 à 49 »	5,35 »

50 à 59 »	......	1,89 %
60 à 69 »	......	0,54 »
au delà de 70 ans	......	0,02 »

Il résulte de ces tableaux que 63,67 % des syphilis masculines se contractent de la vingtième à la vingt-neuvième année — et plus spécialement au voisinage de la vingt-troisième année. Si l'on admet le chiffre global de 1.000.000 de syphilitiques mâles il semble que 650 000 ont été contaminés entre vingt et vingt-neuf ans. Or, d'après FOVILLE (la « *France économique* » 1887), la population mâle de la France entre vingt et vingt-neuf ans est de 3.128.000 habitants, soit en moyenne et actuellement 320.000 habitants par classe en chiffres ronds ; elle s'abaisse entre vingt et vingt-neuf de 350 à 280 mille hommes par classe : par conséquent, si l'on applique la proportion de 8 % de syphilitiques aux hommes de trente ans on doit trouver à cet âge 22.400 syphilitiques par classe mais 8 % de ces syphilis ont été contractées avant vingt ans, soit 1.793 hommes déjà contaminés au moment de la 20e année : 22.400 — 1.792 = 20.608, c'est-à-dire que défalcation faite des contaminations précoces, 20.608 syphilis ont été contractées par chaque classe entre la vingtième et la vingt-neuvième année soit en moyenne 2.060 par année, la vingt-troisième se trouvant cependant sensiblement plus chargée que les autres. La proportion moyenne des atteintes annuelles de syphilis primaire entre vingt et vingt-neuf ans est donc de 6,4 % ($\frac{2.060}{320.000}$), proportion notablement trop faible cependant pour la période de vingt-deux à vingt-quatre ans. Voyons maintenant les chiffres que nous donne la statistique de l'armée qui est bien certainement le document le plus exact que l'on puisse trouver en France sur la question de la syphilis envisagée au point de vue du nombre de ses victimes.

Voici la réponse globale : la proportion des syphilis traitées est actuellement de 6,7 pour 1.000 hommes (1901) : elle a varié depuis 1876 de 10,8 à 5,5 % ce qui se rapproche beoucoup des 6,4 % représentant la proportion des atteintes annuelles dans la totalité de la population mâle entre les vingtième et vingt-neuvième années.

Mais remarquons bien que le chiffre total des syphilis indiquées sur la statistique de l'armée comprend les syphilis secondaires qui peuvent y figurer plusieurs fois dans une même année et qui proviennent assez souvent de syphilis acquises avant l'incorporation ; ce chiffre n'est donc pas comparable au total des contaminations constituées uniquement par des syphilis primitives. Pour que la comparaison soit légitime il ne faut faire état que de cette dernière catégorie de syphilis et voici les chiffres de la statistique de l'armée : en 1901 syphilis primaire 715 cas, syphilis secondaire 2.475, syphilis tertiaire 59... c'est-à-dire que le chiffre des syphilis primitives relevées n'est que de 13 %. N'est-on pas en droit de s'étonner après cela que l'on ait pu considérer le passage dans l'armée comme une menace de syphilisation. J'admets volontiers qu'un certain nombre de syphilis échappent à la statistique, j'ai dit même que les syphilis ignorées s'élevaient jusqu'à 30 % de la totalité des infections spécifiques, doublons donc si l'on veut notre proportion de 13 % ; nous n'en restons pas moins bien en deçà de 64 %, qui représentent le chiffre annuel moyen des affections dans la jeunesse mâle.

La disproportion est telle que nous avons repris nos calculs à plusieurs reprises afin de nous assurer qu'il n'y avait pas quelque erreur de chiffres, mais nous sommes toujours arrivés aux mêmes résultats.

Les calculs étant reconnus exacts il n'y a que deux hypothèses possibles ; la disproportion constatée correspond à la réalité des faits ou bien l'une des statistiques est inexacte. Or l'autorité qui s'attache au nom des auteurs sur lesquels nous nous sommes appuyés et la concordance de leurs chiffres avec ceux des auteurs allemands ne permettent pas de traiter légèrement leurs importants travaux ; d'autre part la statistique de l'armée est établie avec un soin minutieux, son caractère de généralité et la concordance des années successives entre elles ne permettent pas non plus de mettre en doute sa haute valeur ; il en résulte de toute évidence que les contagions syphilitiques sont beaucoup moins fréquentes dans l'armée que dans la population civile du même âge ; non pas peut-être dans la proportion rigoureuse de nos calculs mais au moins dans une proportion très importante. Une petite statistique du Dr LEGRAIN, à Rochefort, confirme le fait d'une manière intéressante parce qu'elle met en parallèle l'élément civil, les marins et les soldats de l'armée de terre. Elle comprend par contre la totalité des maladies vénériennes :

Civils de dix-huit à vingt ans	...	197 %
Marins	....	150 %
Militaires	......	110 %

Remarquons que la contamination vénérienne de dix-huit à vingt ans est environ deux fois plus faible que de vingt deux à vingt-quatre ans et qu'il faudrait doubler le chiffre des civils atteints pour le mettre en regard de ceux des marins et militaires.

Quoi qu'il en soit l'indemnité relative des soldats vis-à-vis de la syphilis étant bien établie, il reste à en déterminer les causes, et la première qui se présente à l'esprit est la suivante : le soldat n'a pas d'argent, la prostituée ne le recherche pas. Plus nous y réfléchissons, plus l'importance de cette cause nous paraît certaine ; c'est en effet dans la première année de service et dans les premiers mois qui suivent l'incorporation que les maladies vénériennes font le plus de victimes parmi eux, non seulement parce qu'ils sont inexpérimentés, mais surtout parce qu'ils ont reçu quelque argent de leur famille au moment de leur appel sous les drapeaux ; beaucoup se sont même contaminés en route. Mais bientôt la fatigue des exercices physiques prend le dessus sur l'éveil des sens, et le besoin de repos et la désillusion les éloignent de la femme : le soldat a donc en général peu de rapports avec les prostituées. D'autres causes entrent encore en jeu sur lesquelles nous nous arrêterons plus loin en traitant de la diminution des maladies vénériennes dans l'armée et du régime de la prostitution. Mais nous pouvons dès à présent faire remarquer que les rengagés au point de vue de la syphilis sont moins bien partagés que le soldat de trois ans, l'âge avance, les sens deviennent plus impérieux, ils ont quelque argent et le pourcentage des syphilis s'en ressent immédiatement, de plus leur séjour prolongé dans un grand centre de population multiplie pour eux les chances de contamination, ce qui se traduit par le chiffre de 40 0/00 syphylitiques dans la garde républicaine ; il faut noter toutefois que ces 40 0/00 comprennent les syphilis accumulées dans les années de services antérieures et que le chiffre des contaminations nouvelles que la statistique ne donne pas séparément pour ce corps ne dépasse certainement pas beaucoup la proportion de 6,4 0/00 admise plus haut pour l'ensemble d'une classe, car le rapport des syphilis aux secondaires n'est que de 1/3 environ pour les soldats de trois ans et il diminue rapidement à mesure que s'élève l'âge de la classe.

Ces constatations m'ont surpris à tel point que j'ai demandé aux médecins chefs des régiments du gouvernement militaire de Paris de vouloir bien me communiquer les résultats de leur dernière statistique au point de vue de la syphilis (1903) ; et sur cinq régiments d'infanterie ayant un effectif total de 5.099 hommes j'ai trouvé vingt-et-un cas de syphilis à toutes les périodes soit 4 0/00, ce qui donne pour la syphilis primitive le chiffre même de 1,3 auquel nous étions arrivés plus haut. J'admets qu'un bon nombre de syphilitiques en période de repos peuvent dissimuler leur maladie pendant leur passage sous les drapeaux ; mais il suffit d'avoir fait pendant quelques années le service d'un corps de troupe pour savoir que le chancre primitif ne peut que très exceptionnellement échapper à l'observation du médecin régimentaire.

Ces considérations s'appliquent à l'armée allemande comme à la nôtre, la simple comparaison du chiffre des syphilis donné par Blasekko pour la population civile de Berlin (10 0/0) avec celui de la statistique militaire allemande 4,4 0/00 le montre clairement. Ce dernier chiffre correspond en effet à une contamination annuelle approximative de 1,5 0/00 (syphilis primitive) bien inférieure à la contamination annuelle totale nécessaire pour arriver au chiffre de 10 0/0 de syphilis chez l'adulte mâle.

Il en est sans doute de même dans toutes les armées basées sur le service obligatoire de courte durée. Mais dans les armées recrutées par engagements à longs termes, comme l'armée anglaise, toutes les conditions changent ; les hommes disposent de plus d'argent, sont soumis à un entraînement moins actif et sont plus éloignés de leurs familles, toutes causes favorables à la contamination syphilitique, indépendamment du déplorable état des prostituées non surveillées.

On retrouve la trace atténuée des mêmes influences dans l'examen comparatif de la contamination des différentes armées ; dans l'infanterie et les chasseurs à pied elle s'élève à 6 0/0, dans la cavalerie, où la proportion des hommes de famille riche est assez importante, elle est un peu plus forte, 6,50 0/0 ; chez les cavaliers de remonte dont le service est moins dur elle monte à 9,3 0/0, enfin dans la garde républicaine, formée de rengagés, elle atteint, comme nous l'avons dit, 28,9 0/0.

Les régiments algériens ne peuvent se comparer à ceux de la métropole parce que les milieux vénériens avec lesquels ils sont en contact sont totalement différents. Nous noterons seulement que les corps sta-

tionnés dans le sud sont en général plus fortement atteints que ceux de la région du Tell parce qu'ils sont en rapport plus immédiat avec la race arabe si fortement syphilisée. Les cavaliers de remonte ainsi que les ouvriers du génie, dont le travail est régulier,sont au moins deux ou trois fois moins touchés en Algérie qu'en France, tandis que l'infanterie de ligne, dont le climat limite les exercices, y est pour la syphilis au moins deux fois plus éprouvée que dans la métropole ; la cavalerie (chasseurs d'Afrique) y est seulement un peu plus atteinte qu'en France (8,2 contre 6,50 0/0) ; quant aux régiments indigènes, ils doivent être classés tout à fait à part par cela seul qu'ils sont composés d'arabes.

Nous affirmons en conséquence : 1° que le temps du service militaire est en France celui pendant lequel les jeunes gens contractent le plus rarement la syphilis, et tous ceux qui viendront étudier la statistique de l'armée et la contrôler par les moyens à leur disposition, arriveront vite à partager cette conviction,même s'ils étaient comme nous portés vers l'opinion contraire avant d'entreprendre leur travail.

2° Que le défaut d'argent de poche, les exercices physiques et réguliers, la proximité des familles, la courte durée du service et la surveillance des prostituées sont les causes les plus tangibles de la diminution de la syphilis dans l'armée. Il en résulte que la gravité du mal qui s'est sensiblement et assez régulièrement atténuée depuis trente-cinq ans s'abaissera encore d'une manière très notable par l'application du service de deux ans ; mais il ne faut pas perdre de vue que la vulnérabilité du système nerveux des Européens par la syphilis assombrit beaucoup ce tableau rassurant.

C'est pourquoi l'on ne saurait blâmer ceux qui crient au péril vénérien au moment même où les statistiques semblent indiquer dans l'armée et dans les différentes catégories des prostituées une diminution sensible des cas de contamination.

Les paralysies d'origine syphilitique deviennent fréquentes et j'ai vu moi-même depuis quatre ans trois morts par accidents cérébraux syphilitiques précoces malgré les traitements les plus énergiques.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Enfant en nourrice. — Maladie contagieuse. — Devoirs du médecin inspecteur et traitant, vis-à-vis des parents de l'enfant.

Un médecin, inspecteur des enfants du premier âge, est appelé, en qualité de médecin traitant, à donner ses soins à un enfant en nourrice atteint d'une maladie contagieuse qui sévit dans le pays. Quels sont ses devoirs vis-à-vis des parents de l'enfant ? Sous quelles conditions conserve-t-il le droit de leur réclamer des honoraires ? Telle est la double question à laquelle répond un jugement du juge de paix du XVe arrondissement de Paris, en date du 28 janvier 1904 (*Revue de justice de paix*, 1904, XII, 252, n° 14).

« Le Tribunal : — Attendu que le docteur H..., médecin-inspecteur des enfants en bas-âge, réclame aux époux Jabin le paiement d'une somme de 100 francs, pour soins par lui donnés au nourrisson Jabin, enfant des défendeurs ;

Attendu, d'une part, que les époux Jabin se refusent à payer cette somme, prétendant que le docteur H... a manqué à ses obligations professionnelles et à son devoir comme inspecteur, en ne prévenant pas, aussitôt qu'il l'avait connu, que le nourrisson était en contact avec un autre enfant atteint de la coqueluche dans la famille où il était élevé ;

Attendu qu'aux termes de l'art. 13 du décret du 27 février 1877, le médecin-inspecteur des enfants en bas-âge, dès qu'il reconnaît au cours de son inspection les symptômes d'une maladie contagieuse, doit en informer le maire qui, de son côté, doit en aviser les parents ;

Attendu, d'autre part,que lorsqu'un médecin, dans l'exercice ordinaire de sa profession, donne ses soins à un enfant en nourrice, il est évidemment tenu, non en qualité d'inspecteur, mais en sa qualité de médecin traitant, d'en aviser la famille de l'enfant qui est est tenue, vis-à-vis de lui, à des honoraires ; que le docteur H... n'a pas, à la date du 24 avril 1903, lorsqu'il a vu l'enfant pour la première fois, ainsi que l'établit sa note d'honoraires, prévenu le maire qu'une épidémie de coqueluche sévissait dans le pays et qu'un nourrisson de son service en était atteint ;

Attendu que, ce faisant, la coqueluche étant une maladie contagieuse et très dangereuse pour les nourrissons, il a manqué à son devoir comme inspecteur d'abord et comme médecin traitant ensuite, en n'avisant pas la famille qui aurait pu déplacer l'enfant et peut-être le sauver ; qu'il résulte en effet d'une lettre émanant de M. le maire de Nogent-sur-Vernisson que celui-ci n'a jamais été avisé de l'épidémie de coqueluche, et que c'est seulement le 1er mai que le docteur H... a porté sur le livret de la nourrice le diagnostic « bronchite, coqueluche », alors que sa première visite remontait au 24 avril précédent ;

Attendu que le docteur H..., ayant ainsi gravement manqué à son devoir, ne saurait être admis à réclamer des honoraires pour soins donnés ;

Par ces motifs : — Le déboute de sa demande et le condamne aux dépens ».

En l'espèce, le médecin avait donc manqué à une double obligation, et, de ce double chef, sa responsabilité ne pouvait être douteuse. Quelle responsabilité ? Contractuelle ou quasi-délictuelle ? Voir, au sujet de la différence entre ces deux sortes de responsabilité, notre dissertation sur la responsabilité de la commission administrative d'un hospice en cas de faute du médecin de cet hospice : *Echo médical du Nord*, 1904, VIII, 452.

A nos yeux, du moment que les parents se contentaient de refuser au médecin le paiement des honoraires qu'il leur réclamait, ils ne se prévalaient que de sa responsabilité contractuelle, fondée sur l'article 1184 du Code civil. Entre le médecin et le client intervient, — expressément ou tacitement, peu importe, — un contrat bilatéral ou synallagmatique, c'est-à-dire un contrat produisant des obligations réciproques, *ex utroque latere*. Le médecin s'engage à donner ses soins au client, celui-ci s'engage à rémunérer le médecin. Or, l'article 1184 du Code civil, conforme en cela à la plus élémentaire équité, pose le principe que, à défaut par l'un des contractants de remplir ses engagements, l'autre peut se dispenser d'exécuter l'engagement dont il est lui-même tenu. Dans l'espèce de notre jugement, le médecin, acceptant de soigner un enfant en nourrice, avait contracté implicitement, tacitement, l'obligation d'aviser les parents de cet enfant. Ayant manqué à cette obligation, il ne pouvait forcer les parents à exécuter leur obligation corrélative de lui payer des honoraires.

Nous pensons que la responsabilité quasi-délictuelle du médecin aurait pu aussi être engagée, responsabilité fondée sur l'article 1382 du Code civil, aux termes duquel : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer ». Si les conditions auxquelles l'application de cet article est subordonnée eussent été réunies et prouvées, le médecin aurait pu être, en outre, condamné à des dommages-intérêts envers les parents.

J. JACQUEY.

ALCOOLIA

Une expérience de Claude Bernard qui montre bien le rôle de l'alcool dans le ralentissement des échanges.

Vous prenez trois verres contenant l'un de l'eau, le second du vin, le troisième du cognac, et vous mettez dans chacun d'eux un morceau de sucre.

Dans le premier verre, où il y a de l'eau ordinaire, on voit le sucre se dissoudre en quelques minutes. Dans le deuxième verre, contenant du vin, le morceau est dissous en cinquante-cinq minutes. Dans le troisième verre, rempli de cognac, le sucre ne se dissout qu'au bout de quinze heures.

Ainsi, toute nutrition est ralentie par l'alcool.

(*Journal de médecine de Bordeaux*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le 7e **Voyage d'Etudes médicales** aura lieu sous la direction scientifique du professeur LANDOUZY, du 1er au 14 septembre 1905. Il comprendra les stations du Sud-Ouest de la France : Luchon, Siradan, Barbazan, Capvern, Bagnères-de-Bigorre, Argèles, Barèges, St-Sauveur, Cauterets, Pau, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, St-Christau, Salies-de-Béarn, Biarritz, Cambo, Hendaye (Sanatorium), Dax, Arcachon.

Le programme détaillé sera publié en 1905.

Cinq bourses de voyage données au V. E. M. de 1905, seront attribuées :

1° Celle du professeur HENROT (de Reims), à un interne des hôpitaux de province ;

2° Celle de la Société de Châtel-Guyon, à un membre de la Société de l'Internat des hôpitaux de Paris ;

3° Celle de la Société d'Evaux, à un médecin de la Société professionnelle du Concours médical ;

4° Celle de la Société d'Evian, à un médecin de Belgique ;

5° Celle de la Compagnie de Vichy, à un jeune médecin ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de médecine de Paris, dans l'année scolaire 1904-1905.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur CARRON DE LA CARRIÈRE, organisateur des V. E. M., 2, rue Lincoln, Paris.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le **Concours pour l'Internat** a eu lieu mercredi 12 courant à l'hôpital de la Charité devant un jury présidé par M. le professeur-doyen COMBEMALE, administrateur des hospices, et composé de MM. les docteurs DUBAR, LAGUESSE, CARLIER, professeurs ; CARRIÈRE, BUÉ, agrégés.

A l'épreuve écrite, la question sortie de l'urne était : *Histologie et physiologie de la peau* ; *diagnostic différentiel des fièvres éruptives*. Restaient dans l'urne : *Utérus, cancer de l'utérus ; articulation du genou, tumeur blanche du genou ; voies biliaires, kystes hydatiques du foie ; aorte, anévrysme de l'aorte*.

A l'épreuve orale, les candidats ont eu à traiter : *Fractures du bassin*. Dans l'urne restaient : *Hématocèle retro-utérine ; retroversion utérine ; fractures du col du fémur ; signes, diagnostic et traitement des calculs vésicaux ; infiltration d'urine*.

A l'épreuve dite de garde, la question tirée au sort était : *De l'extraction de la tête dernière*. Restaient dans l'urne :

Secours à donner en cas d'asphyxie (nouveau-né excepté); premiers soins à donner à un blessé atteint de fracture simple et compliquée de la jambe.

A la suite de ces épreuves, MM. Brasseur et Butruille (Achille) ont été présentés comme internes titulaires ; MM. Dérémaux et Castiaux comme internes provisoires.

— M. le docteur Bédart, professeur agrégé à la Faculté de médecine, a été délégué auprès de M. le général commandant le 1er corps d'armée à Lille, par le Comité directeur de l'**Union des Femmes de France**, pour représenter ses intérêts. Nos félicitations à notre sympathique collègue.

— Des mentions honorables au titre des **épidémies** ont été décernées à MM. les docteurs Vermersch, de Lille et Febvre, de Clichy, pour leur dévouement à l'occasion de la dernière épidémie de variole, le premier comme médecin de Lille, le second comme interne de la clinique obstétricale à Lille.

— Nous relevons parmi les mutations autorisées pour les officiers du **Corps de santé militaire** sont désignées les suivantes qui intéressent notre région. MM. les médecins-majors de 2e classe Jantet, pour le 8e d'infanterie à Saint-Omer; Montagné, pour le 8e de chasseurs à pied à Amiens ; Job, pour le 1er escadron du train des équipages ; M. le médecin aide-major de 1re classe Bailly, pour l'hôpital militaire de Dunkerque.

Soutenances de Thèses

M. V.-H. Pradoura, d'Hermies (Pas-de-Calais), a soutenu, avec succès, le vendredi 14 avril 1905, sa thèse de doctorat (no 26), intitulée : **Traumatisme crânien et paralysie générale.**

— M. G. Thirion, de Celles-sur-Plaine (Vosges), a soutenu, avec succès, le mercredi 14 avril 1905, sa thèse de doctorat (no 25), intitulée : **Contribution à l'étude cytologique des épanchements articulaires.**

Notre Carnet

Le docteur Deleneuville, de Wavrin (Nord) nous fait part de la naissance de son fils Edouard. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

UNIVERSITÉS

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger. — M. le docteur Labbé, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est prorogé dans ses fonctions du 8 décembre 1905 au 31 octobre 1906.

— M. le docteur Cabannes est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de chirurgie.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. le docteur Villeneuve, professeur de clinique chirurgicale, est nommé sur sa demande professeur de pathologie externe.

— M. le docteur Delanglade, professeur de pathologie externe, est nommé sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale.

Distinctions Honorifiques

La médaille des épidémies. — Ont été décernées : la *médaille d'or*, à M. le docteur Verne, de Cadenet (Vaucluse) ; la *médaille d'argent* à MM. les docteurs Petit, Vernet, de Moulins (Allier) ; Huguin, de Tourteron (Ardennes); Puistienne, de Chennebrun (Eure) ; Mougeot, de Saïgon (Cochinchine) ; Calmette, de Beyrouth (Turquie d'Asie) ; Néjib Daieh, d'Ehden ; Kaouly, de Tripoli : la *médaille de bronze* à MM. les docteurs Fabre, de Saint-Rome-du-Tarn ; Dubarry, de Montferran-Savès (Gers) ; Frébault, de Paris ; Coulon, de Sotteville-lez-Rouen (Seine-Inférieure) ; Favreul et Ameuille, de Paris; Lochon, de Thonon-les-Bains (Haute-Savoie) ; Olive, d'Aubervilliers (Seine) ; Coquéret, externe à l'hôpital Boucicaut ; Dumesnil, interne des hôpitaux de Rouen.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Aube, de la Bourboule ; Louis d'Astros, de Marseille, décédé à l'âge de 90 ans ; Villar, de Toulouse (Haute Garonne), Hacquart, de Saint-Meslin-du-Boc (Seine-Inférieure) ; Bécoulet, médecin directeur honoraire des asiles publics d'aliénés ; de Ribier, médecin de Haï-Duong, décédé au Hâvre.

Charles Lamand, d'Haspres (Nord). Nous adressons à la famille et particulièrement à son fils, un confrère, l'expression de nos bien vives et bien sincères condoléances.

BIBLIOGRAPHIE

Le Traitement de la Surdité, prophylaxie et hygiène, par le Dr Chavanne, médecin des hôpitaux de Lyon. 1 vol. in-16 de 96 pages. Cartonné (*Actualités Médicales*). 1 fr. 50. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Les praticiens doivent, en dehors de leurs connaissances de médecine générale, savoir un peu de médecine spéciale, et l'otologie doit tout particulièrement appeler leur attention. Il faut qu'ils sachent quelles sont les surdités curables, comment on peut les guérir et comment on peut prévenir le développement de celles qui ne le sont pas. C'est à ce but que répond le volume publié par le Dr Chavanne dans les *Actualités médicales*. Voici un aperçu des matières passées en revue.

Surdité due à une affection de l'oreille externe : 1, Affections congénitales ; 2, Affections acquises ; Suppression totale du pavillon ; Obstruction du conduit auditif. — Surdité due à une affection de l'oreille moyenne : 1, Surdité due à des lésions du tympan, Perforations sèches du tympan, Relâchement du tympan ; 2, Surdité par obstruction de la trompe. Obstruction extrinsèque, Douche d'air, Bougirage, Instillations intratubaires. Obstruction de l'une des extrémités de la trompe ; 3, Surdité due à la présence d'exsudats dans la caisse ; 4, Surdité par défaut de mobilité de l'appareil de transmission, Les fenêtres labyrinthiques sont libres, Douche d'air, Aspiration du tympan, Massage, Action médicamenteuse directe sur la caisse, Interventions chirurgicales. L'étrier est ankylosé dans sa fenêtre.— Surdité par lésions de l'oreille interne : Hémorragie et hydropisie du labyrinthe. La surdité est consécutive à un traumatisme, Le malade est syphilitique, La surdité n'est pas consécutive à un traumatisme, le malade n'est pas syphilitique, Sclérose labyrinthe. — Surdités centrales : 1, Il existe des lésions, 2, Il n'existe pas de lésions ; Surdité hystérique, Surdité neurasthénique, Surdités réflexes.— Prophylaxie et hygiène : Surdités de causes locales, Maladies générales.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **La pathogénie des souffles accidentels ou nerveux du cœur et des grosses artères**, par le docteur Verstraeten, extrait des *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1895.

— **Diagnostic différencielle des lésions de l'oreille moyenne et de l'oreille interne**, par le docteur Marage, *Académie Sciences*, 1905.

— **Sur un nouveau traitement de la tuberculose et en particulier de la tuberculose laryngée**, par le docteur Mounier, extrait de la *Gazette médicale de Paris*, 1905.

— **La cure de Spa**, observations recueillies en 1904, par le docteur Guillaume, Bruxelles, *Laurent*, 1905

— **La guérison du cancer**, par le docteur De Backer, Paris, *Maloine*, 1905.

— **Lettres à un jeune homme qui veut étudier la médecine**, par le docteur Dumas, de Ledignan, Paris, *Paulin*, 1905.

— **De l'endocardite tuberculense simple**, par le docteur Braillon, Paris. *Steinhel*, 1904.

— **Le syphilome initial et son traitement**, par les docteurs Verstraeten et Minne, extrait du *Livre jubilaire offert au professeur* Boddaert, 1904.

— **L'excision du chancre dur**, par le docteur Schinckel, extrait des *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1904.

— **Les principes de la psychothérapie, la rééducation**, par le docteur P.-E. Lévy, extrait du *Bulletin de la Société de l'internat des hôpitaux de Paris*, 1904.

— **Anatomie pathologique du polype placentaire**, par MM. les professeurs Curtis et Oui, extrait des *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, juillet 1904.

— **Précis des accidents du travail ; médecine légale, jurisprudence**, par MM. les docteurs G. Ollive et H. Le Meignen, Paris, *de Rudeval*, 1904.

— **Etude des propriétés physiques des alliages métalliques**, par le docteur ès-sciences E. Tassilly, Paris, *Joanin*, 1904.

Deux discours, par M. G. Lyon, recteur de l'Académie de Lille, *Wilmot-Courtecuisse*, 1904.

— **Le problème des localisations psychiques dans le cerveau** par le docteur J. Grasset.

— **L'athéro-sclérose de l'artère du pouls**, par le docteur Verstraeten, extrait du *Livre jubilaire offert au professeur* Boddaert, 1904.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

12e Semaine du 2 au 8 avril 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	1	7
3 mois à un an	4	4
1 an à 2 ans	3	4
2 à 5 ans	2	4
5 à 20 ans	2	4
20 à 60 ans	14	9
60 ans et au-dessus	12	17
Total	38	49

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	3	6	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2	4	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	3	»	1	»	1	1	2	»	»	1	1	1	»	»	»	»	1	12	13
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	»	2	1	»	»	»	»	1	»	4	»	1	»	»	»	4	14	26
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	8	11
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	2	1	»	1	3	1	»	1	»	»	»	»	»	3	13	10
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	»	3	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	2
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	2	1	»	1	»	»	»	2	»	2	»	»	»	»	»	»	4	12	16
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	8
Total	»	»	»	1	»	7	2	4	6	2	1	5	8	3	3	9	1	1	»	1	»	26	80	112

432. Neuvième Année. N° 17 Le Numéro : **10** centimes 23 Avril 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôpital Saint-Sauveur de Lille

Trois cas de tuberculose isolée de l'épiglotte

par M. **Bertrand**, externe à la consultation de laryngologie

S'il n'est pas *rare* de rencontrer des lésions de l'épiglotte au cours de la tuberculose laryngée banale, il est au contraire *exceptionnel* de voir le processus tuberculeux frapper l'épiglotte seule sans que le larynx soit plus touché.

Cette lésion est si peu fréquente d'ailleurs que la plupart des traités classiques l'ignorent ou ne la signalent que d'un mot.

Nous avons eu l'occasion, en une année, d'en observer trois cas à la Consultation laryngologique de l'hôpital Saint-Sauveur.

Ce sont d'ailleurs les seuls cas que le professeur Gaudier eut eu l'occasion d'observer depuis près de dix ans.

Observation I. — D... Paul, âgé de 27 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de cancer de la gorge à 60 ans ; mère morte de tuberculose pulmonaire à 49 ans. Six frères et sœurs bien portants. Une sœur morte accidentellement. Le malade n'a pas fait de maladie de l'enfance ni de l'adolescence Il a accompli son service militaire.

Il a commencé à tousser il y a trois ans (mars 1902) et a eu presque aussitôt *la voix cassée*. Son médecin lui a prescrit quelques gargarismes.

Bien qu'il ne présente pas pendant cette première année de sueurs nocturnes, ni d'hémoptysies, le malade maigrit de cinq kilogs. Son appétit est conservé, il n'a pas de dysphagie. Il continue son travail.

En juillet 1903, nouvel amaigrissement, la voix se voile davantage et le malade commence à avoir des sueurs nocturnes.

Il tousse peu, ne crache pas.

Le médecin traitant ordonne des pulvérisations d'ichtyol et à l'intérieur des pilules de méthylarséniate de gaïacol.

Sous l'influence du traitement l'état s'améliore assez rapidement et le malade cesse de se soigner à la fin de 1903.

En Juillet 1904 le malade maigrit de nouveau et se présente à la consultation laryngologique de l'hôpital Saint-Sauveur.

Sa voix est faible et le malade se plaint également de « points de côté » violents mais de siège variable.

Il tousse peu et n'a pas de sueurs nocturnes

A l'examen on constate que le pharynx est normal et qu'il n'y a pas d'hypertrophie des amygdales, ni de décoloration de la luette.

La laryngoscopie nous découvre une ulcération fongueuse de l'épiglotte que nous allons décrire plus loin.

Les cordes vocales sont absolument nettes ainsi que les bandes ventriculaires et les replis épiglottiques. Il n'y a pas de dysphagie.

L'ulcération épiglottique repose au sommet de l'épiglotte et empiète un peu à gauche.

Elle est bourgeonnante, à contours irréguliers et saigne facilement. Les bords ne sont pas décollés : c'est une ulcération en surface, elle ne gagne pas la profondeur. On voit qu'il s'agit là de la réunion en une de plusieurs petites ulcérations élémentaires. Il n'y a pas d'œdème de l'épiglotte qui présente la forme en gouttière.

Au point de vue pulmonaire la palpation du thorax dénote de l'augmentation des vibrations vocales du côté droit.

L'auscultation fait entendre du même côté une inspiration rude et une inspiration prolongée.

Traitement. — On commence par faire des cautérisations de l'ulcération à l'acide lactique deux fois par semaine. Le malade les trouvant légèrement douloureuses, on remplace l'acide lactique par la solution de chlorure de zinc à 1/40. On conseille en même temps la suralimentation, le traitement général.

A l'heure actuelle, l'ulcération est presque cicatrisée, les phénomènes pulmonaires ont notablement diminué, le malade a grossi de sept kilos depuis le début du traitement.

Observation II. — G... D..., vingt-quatre ans, a perdu ses père et mère de tuberculose pulmonaire. Il n'a pas eu de maladie de l'enfance ni de l'adolescence.

Il a eu à dix-neuf ans (1900) un rhume qu'il n'a pas soigné. Sa voix s'est légèrement voilée et est restée telle jusqu'au moment de son service militaire. Il a été soldat un an, étant dispensé par un frère aîné. Mais les fatigues de la caserne aggravent sa laryngite et à son retour du régiment la voix est beaucoup plus mauvaise (sept. 1903). Le malade ne songe pourtant à se soigner qu'à la fin de 1904. Son médecin lui donne des pilules à base de fer et une poudre à insuffler dans le larynx ?

Au début de janvier 1905 le malade vient à la consultation laryngologique de Saint-Sauveur.

Son pharynx est intact, sans décoloration du voile du palais.

La langue charnue et courte gêne pour la laryngoscopie. Cependant on constate aisément que si le larynx (région aryténoïdienne, bandes ventriculaires, cordes vocales) est absolument intact, il n'en est pas de même de l'épiglotte.

En effet sur celle-ci, à son sommet et empiétant sur la face laryngée existe une ulcération superficielle plus considérable que dans le cas précédent car elle a déchiqueté le sommet de l'épiglotte.

Cette ulcération n'a pas creusé en profondeur, ses bords sont festonnés, non décollés. Le fond est en bourgeonnant et saignant. Une petite ulcération séparée de la grande par deux millimètres de muqueuse saine présente les caractères évidents des ulcérations tuberculeuses.

L'œdème de l'épiglotte est presque insignifiant, mais il existe un petit peu de dysphagie et l'attouchement des ulcérations au chlorure de zinc provoque des douleurs, contrairement à ce qui existe chez le premier malade.

Comme état général, le malade n'a pas maigri ; il n'a jamais présenté de sueurs nocturnes. L'appétit est conservé.

Son poumon gauche présente des signes nets de tuberculose au début.

La percussion dénote une légère submatité en avant et au sommet avec augmentation des vibrations vocales. L'inspiration est humée et saccadée, l'expiration prolongée.

A droite on entend quelques sibilances dans toute la hauteur du poumon

Nous avons commencé chez ce malade les cautérisations au chlorure de zinc au 1/40e. Toutefois comme il n'habite pas Lille, nous ne pouvons les lui faire qu'une fois par semaine. Malgré cela, son état s'est sensiblement amélioré.

Observation III. — Il s'agit d'un homme, âgé de quarante-deux ans, instituteur, qui est envoyé, pour de la toux et des troubles de la voix, par un de nos confrères qui le soigne pour des lésions pulmonaires bacillaires manifestes. (Induration au sommet droit, bronchite disséminée à gauche).

Il y a près de huit mois que ce malade a trouvé que, par intervalles, sa voix prenait un timbre sourd.

Il fatigue en parlant ; de plus, il éprouve dans le fond de la gorge, très bas, une gêne qui se caractérise par du toussaillement quinteux.

A l'examen on constate que la bouche et le pharynx sont intacts.

Les amygdales ont été enlevées à l'âge de sept ans.

La laryngoscopie très facile démontre qu'il existe, sur le bord droit de l'épiglotte et empiétant sur les deux faces, une ulcération de la dimension d'une pièce de cinquante centimes et dont l'aspect est celui d'un bourgeon fongueux saignant. Il n'y a pas d'œdème de l'épiglotte qui est de la forme plate ; le reste du larynx est absolument normal. Il n'y a même pas là les lésions superficielles que l'on rencontre chez les professionnels de la voix et chez les tuberculeux pulmonaires qui crachent.

Notre malade, en effet, expectore assez abondamment et les quintes de toux ramènent quelquefois du sang.

L'état général n'est pas très mauvais il n'y a pas d'adénopathie cervicale.

Quoique pensant à la tuberculose, la forme en champignon, le saignement nous rendent hésitants. Aussi faisons-nous une ablation à la pince d'un fragment qui est examiné au microscope. La réponse est très nette ; ce n'est pas du cancer, c'est de la tuberculose. Un autre fragment repris quelques jours après de la même manière permet de pratiquer sur les coupes la recherche du bacille tuberculeux.

Le malade est traité par les cautérisations au galva-

nocautère après ablation de la masse à la pince et curettage du fond.

Dans l'intervalle des séances, toutes les semaines l'ulcération est badigeonnée avec la solution lactique au vingtième. Le résultat local est excellent. Il n'y a plus à ce moment qu'un point ulcéré de la grandeur d'une lentille. Tout se cicatrise, malheureusement l'état pulmonaire n'est pas satisfaisant. Le malade s'alimente mal.

Nous avons recherché rapidement depuis l'observation de ces trois cas, les cas similaires signalés dans les revues de laryngologie et nous avons trouvé les observations résumées suivantes :

I. Société pathologique de New-York
(Séance du 13 décembre 1899)

M. Ewing. — *Ulcère tuberculeux de la base de l'épiglotte.* — « Le larynx appartenait à un cas de tuberculose miliaire chronique et présentait une ulcération d'une étendue considérable à la base de l'épiglotte. Pas de grosses lésions de la muqueuse mais la base de l'épiglotte était infiltrée de tissu tuberculeux et était le siège d'un ulcère de deux centimètres de long sur un centimètre de large, où l'on trouva des bacilles tuberculeux. C'est une forme assez rare de la localisation de la tuberculose des voies respiratoires. M. Wright a observé plusieurs cas de tuberculose de l'épiglotte et sans être fréquente, elle n'est cependant pas une rareté. On peut la confondre facilement avec la syphilis. »

II. — Société de laryngologie de Londres
(Séance du 1er Novembre 1901)

M H. M. Ramsay. — *Cas d'affection tuberculeuse de l'épiglotte.* — « La malade, jeune fille de dix-neuf ans, trieuse d'enveloppes, se plaint de toux et d'enrouement. Elle affirme s'être bien portée jusqu'il y a huit mois, quand elle constata une altération de sa voix et commença à tousser.

» L'examen du larynx montre une tuméfaction et un épaississement prononcés de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques. Il est difficile de voir les cordes mais elles semblent très peu affectées et se meuvent librement. La malade n'éprouve aucune douleur. Les poumons sont sains, pas de bacilles tuberculeux dans les crachats ».

III. Société néerlandaise d'Oto-Rhinologie
(Séances des 9 et 10 Mai 1903)

M. Moll. — *1° Présentation d'un malade pour le diagnostic ulcération de l'épiglotte.* — « L'état général est très bon. Vers le bord de l'épiglotte, on voit une perte de substance à bords infiltrés : aucune dysphagie. Cet état persiste depuis un certain temps.

» De l'avis de la Société, il s'agit d'un cas de tuberculose ».

Société Oto-Laryngologique de l'Ouest Allemand
(Séance du 7 Décembre 1902)

M. Blumenfeld. « J'ai eu deux cas de tuberculose de l'épiglotte que j'ai traité par le galvano-cautère. Ils sont restés guéris depuis voilà sept ans ».

Tuberculose primitive de l'épiglotte. — Opération suivie de guérison, par le docteur W. Nikitin. — « Il s'agit d'un malade âgé de trente-et-un ans, sans antécédents héréditaires suspects, et dont le début de l'affection remonte à 1892. A cette époque, il commença à éprouver une sensation désagréable dans la gorge pendant la déglutition, une toux sèche et une légère dyspnée lorsqu'il faisait un exercice. La santé générale était toujours bonne, appétit excellent, le malade n'a jamais eu de fièvre. En 1897 les symptômes du côté de la gorge se sont aggravés. La santé générale est toujours bonne.

» A l'examen on trouve l'épiglotte transformée en une tumeur irrégulière recouverte d'une muqueuse normale. Pas d'ulcération. Rien du côté du nez, du pharynx, du larynx, des poumons. Vu le bon état général du malade, on décide de pratiquer l'amputation de l'épiglotte dont un morceau examiné sous le microscope avait révélé la nature tuberculeuse. L'amputation fut pratiquée sous la cocaïne à l'aide de l'anse galvanique et suivie d'un badigeonnage avec une solution d'acide lactique à 5 %. Pas d'hémorrhagie. La dysphagie consécutive à l'opération fut très légère. Attouchements quotidiens de la plaie avec une solution d'acide lactique et pulvérisations avec des solutions de cocaïne et de morphine. Au bout de quinze jours le malade put quitter l'hôpital. La température était toujours normale.

» On prescrivit au malade un traitement fortifiant et une cure de Koumis pendant les trois mois d'été.

» Le malade fut revu six mois après l'opération. Son état général est excellent il a augmenté de poids, la toux a disparu, il n'éprouve plus aucune sensation gênante dans la gorge ; la plaie est guérie.

» Le malade attribue son affection à ce fait qu'en sa qualité d'attaché aux archives, il avait pris l'habitude de se mouiller les doigts avec le bout de la langue pour feuilleter les vieux manuscrits et documents. »

(Monats f. Ohrenheilk, n° 12, 1898).

Il existe probablement d'autres cas que nous n'avons pas trouvés, car nous n'avons pas la prétention d'avoir pu lire tout ce qui a trait à la science laryngologique.

Mais en tout cas la lésion isolée de l'épiglotte est certainement très rare.

Si le diagnostic de pareilles ulcérations est facile quand elles se rencontrent au cours d'une tuberculose laryngée banale, il peut au contraire être excessivement difficile, quand l'ulcération, comme dans nos trois cas, siège isolée sur l'épiglotte. Le lupus de l'épiglotte est rare. Les ulcérations, grenues, rougeâtres, assez caractéristiques, se rencontrent en

même temps au pharynx, aux ailes du nez, etc., ce qui aide le diagnostic.

L'erreur la plus commune serait de prendre pour de la tuberculose une lésion *syphilitique tertiaire*, Or la syphilis aime volontiers l'épiglotte, où elle se cantonne souvent. Mais le caractère des ulcérations gommeuses, les seules qui puissent prêter à confusion, est bien particulier.

Comme l'a dit LENNOX BROWN, la tuberculose *ronge*, la syphilis *mord*.

Presque toujours unique, et à évolution rapide, l'ulcère syphilitique *creuse* les tissus, s'entourant d'un halo rouge : Le fond est bourbillamenteux. Bientôt l'épiglotte est déchiquetée irrégulièrement, perforée souvent comme à l'emporte-pièce.

Ce ne sont pas là les caractères de l'ulcère tuberculeux qui reste superficiel, souvent entouré d'un semis de granulations tuberculeuses ulcérées ou non, bourgeonnant plus qu'il ne creuse, et s'accompagnant de dysphagie, qui n'existe pas ou peu dans l'ulcère syphilitique.

En cas de doute, car il peut toujours y avoir des cas douteux, c'est l'examen minutieux du malade, la marche rapide ou lente de l'affection, son interrogatoire, la recherche de signes antérieurs de syphilis, l'examen bactériologique de ses crachats, qui peuvent faire faire le diagnostic. Il y a un fait important d'ailleurs qui généralement domine le tableau clinique : c'est l'état pulmonaire. La tuberculose laryngée primitive, qu'elle soit épiglottique ou glottique étant exceptionnelle, et presque toujours évoluant parallèlement avec des lésions pulmonaires plus ou moins avancées.

Mais si les symptômes pulmonaires manquaient, on pourrait toujours soumettre le patient au traitement spécifique, avec beaucoup de précaution, et pas plus de quinze jours, car on sait combien ces tuberculoses laryngées sont sensibles à ce traitement et en reçoivent un coup de fouet. Nous passons sur ces formes hybrides décrites par CASTEX et DUBIEF, et où le bacille tuberculeux se rencontre à la surface des ulcères syphilitiques. Le diagnostic en est presque impossible.

Le cancer de l'épiglotte n'est pas exceptionnel en présence d'une petite tumeur bourgeonnante, saignante, pourrait-on hésiter ? Nous ne le croyons pas, car il existe une adénopathie qui manque dans la tuberculose et dans la syphilis. Et puis il y a le saignement, l'induration de l'épiglotte, l'odeur spéciale que présente l'haleine des malades avec tumeurs malignes de la bouche, la coexistence d'une langue noire cachectique.

Le pronostic de l'ulcère isolé de l'épiglotte est celui de la lésion pulmonaire concomitante, car au point de vue du traitement de l'ulcère même, on n'est point absolument dépourvu de moyens d'action Il s'agit là en général d'une lésion superficielle facilement accessible à qui sait se servir du miroir laryngien.

Je ne veux parler ici que des traitements véritablement actifs, galvano-cautérisation, curettage, ou abrasion, suivi ou non de pansements, d'attouchechements médicamentaux.

C'est là d'ailleurs une thérapeutique employée dans le traitement de la tuberculose laryngée ; et de préférence, après abrasion à la pince coupante, des fongosités superficielles, nous pratiquons le curettage de l'ulcère, sous cocaïne, faisant ensuite des attouchements à l'acide lactique d'abord dilué, puis pur.

Le galvano-cautère serait employé pour réprimer certains bourgeons exhubérants ; et ce n'est que dans les cas de marche aiguë et extensive de l'ulcération, que nous recommanderions l'ablation partielle de l'épiglotte.

Arthrites et puerpéralité

par le Dr **Braillon** (d'Amiens), ancien interne des hôpitaux de Paris

La « diathèse de suppuration de l'état puerpéral » (TROUSSEAU), se traduit assez fréquemment par des collections articulaires qui, dans la généralité des cas, évoluent en même temps que d'autres abcès métastatiques des viscères et des séreuses. Les pyarthroses ne sont alors que les localisations sans grand intérêt d'une septico-pyohémie streptococcique ; elles ne sont que des incidents sans grande importance d'une infection généralisée et à peu près fatalement mortelle.

Il peut exister entre la pathologie articulaire et l'état puerpéral des rapports beaucoup plus étroits, prêtant à des considérations beaucoup plus intéressantes, non seulement au point de vue pronostique et thérapeutique, mais encore sous le rapport pathogénique ; dans ces cas, auxquels conviendrait vraiment la dénomination de rhumatisme puerpéral s'il s'agissait d'une véritable entité morbide, les accidents qui suivent la délivrance prédominent nettement et ne tardent pas à se localiser au niveau des syno-

viales articulaires ; il s'agit fréquemment encore d'arthrites suppurées, mais une seule articulation est envahie soit d'emblée, soit consécutivement à des symptômes de polyarthrite. La monoarthrite, qui se localise généralement à une grande articulation des membres, peut avoir été précédée et s'accompagner d'accidents généraux plus ou moins graves, mais le pronostic est loin d'être aussi sombre que dans les cas que nous avons rappelés tout à l'heure. Le plus souvent, à la suite d'une arthrotomie, quelquefois même par simple ponction, ou sans aucune intervention, on voit les accidents généraux et locaux s'amender plus ou moins rapidement, et la guérison survient avec ou sans raideurs articulaires.

Des arthrites évoluant avec ces caractères de localisation et de curabilité au cours de l'état puerpéral sont connues depuis assez longtemps. Des exemples en ont été rapportés par CHAMPIONNIÈRE [1], par BOEGEHOLD [2], par BOECKEL [3]. Dans un cas de MAUCLAIRE [4] cet auteur ponctionna un épanchement du coude survenu quinze jours après un accouchement suivi de quelques douleurs abdominales et de pertes blanches : cet épanchement disparut assez rapidement et la malade guérit par ankylose.

Quelle est la pathogénie de ces arthrites ? Diffèrent-elles des pyarthroses de l'infection purulente par une différence de degré, par une atténuation de virulence du germe pathogène, s'en distinguent-elles par une différence de nature ? Telles sont les deux interprétations qui peuvent être soulevées a priori et ont chacune à leur actif, comme nous le verrons, des faits positifs et nettement démontrés.

On connaît bien, en dehors de l'accouchement, l'existence d'une infection générale à point de départ génital, se localisant avec une prédominance bien marquée sur le système articulaire et pouvant donner lieu à des arthrites comparables par leur évolution et par leur pronostic aux arthrites puerpérales dont nous venons d'esquisser la physionomie : Nous voulons parler de l'infection gonococcique. On peut donc se demander si les cas que nous venons de rapporter ne sont autre chose que des cas particuliers de rhumatisme blennorrhagique éclatant à l'occasion de l'accouchement et venant traduire l'existence d'une blennorrhagie jusque-là plus ou moins latente ; l'état puerpéral n'agirait que comme cause prédisposante, il favoriserait l'apparition d'accidents qui ne diffèrent pas essentiellement de ce qu'ils sont en dehors de lui. Le cas de MAUCLAIRE en particulier pourrait être justiciable de cette interprétation ; le liquide articulaire ensemencé ne donna lieu à aucune culture et l'on sait que c'est là un caractère communément observé dans les arthrites d'origine blennorrhagique, le gonocoque ne donnant de colonies, d'une manière inconstante du reste, que si on l'ensemence sur des milieux spéciaux.

Un autre argument est donné par la localisation possible de ces arthrites puerpérales à certaines articulations qui sont frappées par la chaude-pisse avec une prédilection particulière. Nous avons observé dans le service de notre maître le Docteur ŒTTINGER une arthrite de l'articulation sterno-claviculaire chez une femme récemment accouchée, et qui avait des pertes blanches depuis plusieurs mois.

J. SIREDEY (1) avait déjà signalé les analogies cliniques qui existent entre le rhumatisme blennorrhagique et certaines arthrites de la puerpéralité, il avait insisté sur la fréquence avec laquelle la blennorrhagie passe inaperçue chez la femme ; et « l'aspect de certaines arthrites de l'état puerpéral », écrivait-il, leur marche lente, subaiguë, leur localisation à une seule des grandes articulations, doivent éveiller l'idée d'une complication d'origine blennorrhagique.

PATENOSTRE (2) se fonde également sur l'évolution clinique pour rattacher à la blennorrhagie les arthrites atténuées de la puerpéralité. Les observations récentes, par les recherches bactériologiques dont elles ont été le point de départ ont mis hors de doute le rôle de l'infection gonococcique dans l'apparition de certaines des complications articulaires de l'état puerpéral. Dans le cas de BAR (1895), dans celui de LOP (3) concernant une arthrite suppurée du genou et une arthrite du coude survenues après l'accouchement l'examen bactériologique des sécrétions uréthrale et vaginale met en évidence l'existence du gonocoque.

Une observation particulièrement démonstrative a été publiée récemment par MM. MOSNY et BEAUFERMÉ (4). Dans ces cas de polyarthrite brusquement éclose à la suite de l'accouchement, sans que nulle manifesta-

1. CHAMPIONNIÈRE, Th. de MARCHANDI, Paris, 1879.
2. BOEGEHOLD. — Arch. f. Klinische Chirurgie, 1882.
3. BOECKEL. — Voir Jalaguier, l'Arthrotomie, Th. agrégation, Paris, 1886.
4. MAUCLAIRE. — Archives générales de Médecine, 1895, p. 38.

(1) J. SIREDEY. — Les maladies puerpérales. Paris 1894, Masson, p. 439.
(2) PATENOSTRE. — Th. Paris, 1884.
(3) LOP. — *Gazette des Hôpitaux*, 1903, n° 98, p. 978.
(4) MOSNY et BEAUFERMÉ. — *Tribune Médicale*, 24 décembre 1904, p. 821.

tion blennorrhagique antérieure ou actuelle ait pu faire soupçonner la nature des accidents articulaires — qui s'étaient finalement localisés au genou, les auteurs purent par les résultats de l'ensemencement de la sérosité purulente retirée de l'articulation sur les milieux ordinaires (gélose et bouillon) sur sérum et sang gélosé, démontrer le rôle direct et exclusif du microbe spécifique de la blennorrhagie dans le déterminisme des accidents articulaires.

A côté des arthrites à streptocoque que l'on observe au cours de l'état puerpéral l'existence de localisations articulaires de pathogénie toute différente et relevant de l'infection gonococcique est donc bien établie. « A la multiplicité des formes cliniques correspond la multiplicité des causes » Mosny et Beaufermé.

Peut-on admettre cette conclusion dans son intégralité et opposer avec Lop d'une manière absolument schématique les manifestations articulaires de la streptococcie « très rarement unilatérale et n'apparaissant que dans les cas que l'on peut considérer comme désespérés », avec l'arthrite blennorrhagique, « déterminant à peine une légère réaction générale — ? » Ce serait méconnaître les enseignements de la pathologie générale qui montrent la diversité des aspects qui peuvent être réalisés par une même infection, de même que la nature très différente des aspects microbiens rencontrés dans certaines affections plus ou moins identiques par leurs symptômes, leur pronostic et leurs lésions, ce serait surtout n'envisager qu'un côté de la question et passer sous silence des faits aussi probants que ceux que nous venons de rapporter.

La septicémie streptococcique de l'état puerpéral peut en effet se localiser aux synoviales articulaires et se juger par une monoarthrite suppurée susceptible de guérison. Nous avons avec notre maître, le docteur Œttinger, observé un cas absolument probant de monoarthrite suppurée streptococcique d'origine puerpérale. Cette malade guérit d'une façon complète après arthrotomie et son observation est relatée dans la thèse de notre élève Pasturel (1). L'examen du liquide inflammatoire retiré de l'articulation du genou nous a fourni dans ce cas, en même temps qu'il nous renseignait sur la nature des accidents, des données intéressantes sur l'évolution de l'arthrite. Une première ponction pratiquée peu de temps après l'apparition de celle-ci nous permit de retirer un liquide séreux et visqueux montrant à l'examen cytologique un certain nombre de leucocytes polynucléaires; les examens directs ne décelaient sur les préparations aucune forme microbienne, les ensemencements restèrent stériles. Ce n'est que le surlendemain qu'une nouvelle ponction permit de retirer un liquide louche séro-purulent, contenant à l'examen direct des microques en chaînettes prenant le Gram et donnant sur les milieux ordinaires des cultures de streptocoque.

Il est donc bien démontré que l'infection streptococcique de la puerpéralité peut réaliser des arthrites localisées, de même que des pleurésies de même nature (Widal), l'abcès articulaire comme l'empyème peut devenir toute la maladie et être justiciable d'une intervention locale; toutes les transitions peuvent s'observer entre les suppurations multiples, articulaires et viscérales de la septico-pyohémie streptococcique et les suppurations articulaires localisées et curables; tous ces accidents se relient par une chaîne ininterrompue et les modalités de virulence du microbe entraînent aussi bien en ce qui concerne les complications articulaires que les manifestations phlébitiques (Widal) autant de formes cliniques et pronostiques différentes.

Si nous cherchons à résumer les notions qui résultent des faits que nous venons de rapporter, nous conclurons de notre étude que les arthrites que l'on observe dans l'état puerpéral sont de pathogénie variable. Dans un certain nombre de cas elles sont sous la dépendance d'une infection spécifique locale, préexistante à l'accouchement et généralement latente, se généralisant et se révélant à l'occasion de celui-ci. La puerpéralité n'agit que comme cause occasionnelle, les arthrites que l'on observe alors, généralement bénignes et sans grandes réactions générales ne sont que des cas de rhumatisme blennorrhagique, n'ayant de particulier que le moment de leur apparition.

En dehors de ces faits il existe des arthrites suppurées relevant d'une septicémie contemporaine de l'accouchement lui-même et de nature streptococcique; à côté des cas où elles se manifestent par les signes d'une septico-pyohémie rapidement mortelles, il en est d'autres où une phase de localisation articulaire succède à la première période d'infection générale, où la streptococcémie n'est qu'un intermédiaire entre la porte d'entrée utérine et la suppuration articulaire. L'arthrite streptococcique se rapproche plus

(1) Pasturel. Monoarthrite suppurée d'origine puerpérale. — Thèse Paris 1905.

ou moins dans ces cas des arthrites à gonocoques ; sa gravité reste cependant toujours plus grande, son pronostic doit être toujours plus réservé.

Ces notions montrent l'importance du diagnostic bactériologique des arthrites plus ou moins atténuées que l'on observe dans le cours de la puerpéralité et les conclusions que l'on peut en tirer au point de vue de diagnostic, de pronostic et de traitement.

C'est l'étude du liquide intra-articulaire lui-même qui donnera les résultats les plus précis et les plus probants. Il importe cependant de savoir que l'ensemencement peut rester stérile sur les milieux ordinaires sans qu'il soit permis pour cela d'éliminer l'infection streptococcique. Il pourra être indiqué dans ces cas de recourir à un examen ultérieur. L'examen hématologique pourra également rendre des services, le nombre et la proportion des globules blancs contenus dans le sang ne subissant pas dans l'infection gonococcique de modifications appréciables, même quand il y a arthrite suppurée (VAQUEZ et AUBERTIN), la leucocytose avec polynucléose étant au contraire la règle dans l'infection puerpérale streptococcique (MONCHOTTE CARTON, POTOCKI et LACASSE).

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 24 Mars 1905

Présidence de M. AUSSET, vice-président.

Œdème segmentaire d'origine traumatique

M. **Le Fort** présente, au nom du docteur **Delattre** de Roubaix, et au sien, un malade atteint d'un œdème segmentaire de la main et de l'avant-bras du côté droit. Cet œdème est apparu à la suite d'une contusion du dos de la main, il y a plusieurs mois, et ne s'est guère modifié depuis. Il cesse brusquement au pli du coude.

La radiographie montre l'intégrité osseuse ; il y a pourtant un peu de manque de netteté dans les contours du grand os.

L'examen des urines a décelé la présence d'une certaine quantité d'albumine.

M. **Le Fort** se demande quelle étiquette précise on peut attacher à cette lésion.

M. **Gaudier** a observé à la suite d'ostéoplasie, un œdème dur qui était dû certainement à une compression veineuse et qui a disparu sous le massage. La radiographie n'avait rien décelé.

M. **Ingelrans** rappelle le cas d'œdèmes segmentaires chez les albuminuriques. Pour M. INGELRANS la localisation et la section nette au niveau du coude ferait penser à un œdème névropathique.

M. **Bertin** a vu pareil accident se produire chez un sujet ayant reçu trois grains de plomb dans l'avant-bras.

M. **Le Fort** se souvient de l'observation d'une ouvrière de fabrique chez laquelle l'enflure était sous la dépendance d'une constriction passagère, mais voulue.

M. **Charmeil** insiste sur la nature névropathique probable de l'œdème.

M. **Ausset** rappelle qu'HUTINEL a décrit des œdèmes d'origine toxique, et qui sont d'une durée prolongée.

M. **Charmeil** pense qu'il s'agit dans ce dernier cas d'urticaire œdémateux. Selon lui, l'hypothèse de brightisme est écartée par la permanence de l'enflure ; au contraire, l'origine névropathique explique seule la longue durée de l'affection.

M. **Gaudier** a observé de l'œdème dur au cours des névrites traumatiques.

M. **Ausset** se souvient d'un cas d'œdème provoqué et simulé.

M. **Oui** cite le cas de névrites unilatérales au cours du paludisme, or ce sujet est un ancien paludéen.

M. **Le Fort** pense que la responsabilité patronale doit être acceptée en entier.

M. **Oui** se range à cet avis et rappelle deux cas publiés récemment dans la *Revue française de médecine et de Chirurgie*.

Œsophagotomie externe cervicale pour corps étranger (dentier)

M. **Gaudier** signale le fait à l'attention de la Société :

Un homme de vingt-huit ans avale un dentier de trois dents incisives en ébonite. Cette pièce s'arrête au niveau du deuxième rétrécissement œsophagien. Un essai en ville d'extraction au panier de Graefe amène la rupture du panier qui reste dans l'œsophage. Le jour même œsophagotomie à droite, à cause d'un bloc thyroïdien latéral gauche volumineux, et d'une sensation de douleur bien accusée à droite par le malade. Opération simple. Il existait une petite perforation œsophagienne à droite par une pointe acérée du dentier. Suture de la plaie. Drainage. Suites normales. Les dimensions du corps étranger sont de six centimètres dans le grand diamètre transversal sur un centimètre cinq de hauteur.

Un cas d'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne

MM. **Breton** et **Looten** présentent à la Société le cerveau d'un homme mort dans le service de M. le professeur COMBEMALE.

Cet homme, âgé de 32 ans, étant en état d'ivresse, a fait, huit jours avant son entrée à l'hôpital, une chute sur la région occipitale. Il n'a pas eu de signes physiques de fracture du crâne, mais est resté dans le coma quelques heures. Le lendemain, il s'est rendu à son travail, l[e]

que se plaignant de céphalalgie. Le surlendemain, dans la nuit, il perd connaissance et a une première crise d'épilepsie généralisée, avec phase clonique et tonique, mais sans morsure de langue, ni incontinence d'urine. Tantôt il est en état de crise, tantôt il est dans le coma. Celui-ci devient définitif dès son entrée à l'hôpital.

On est au 6me jour après la chute. On constate alors que les crises épileptiformes se généralisent d'emblée et se succèdent toutes les 1/2 heures : Le malade pousse un cri, et étend ses membres. Il survient ensuite une série de contractures qui aboutissent à un véritable tétanos musculaire.

Les yeux ne sont pas déviés. Les pupilles sont dilatées, mais égales. Pas d'ecchymose sous-conjonctivale. Pas de paralysie apparente d'un ou plusieurs membres. Ceux-ci sont peu sensibles à la piqûre des deux côtés. Les réflexes sont conservés, signe de Babinski. Les sphincters sont insuffisants. Pas de symptômes pulmonaires spéciaux. Pas de type respiratoire anormal. Vomissements. L'examen des urines est négatif, ni sucre, ni albumine. La température est baissée à 36°4. Le phénomène de Kernig n'a pas été observé. Dans les douze heures qui précèdent la mort les crises cessent et le coma est ininterrompu.

Nous n'avons examiné qu'une fois le malade et nous n'avons appris que quelques heures avant la mort la cause réelle des accidents. La ponction lombaire n'a pu être faite par suite de la rapidité du dénouement fatal.

A l'autopsie, pratiquée trente-trois heures après la mort, on trouve à la région occipitale, une plaie de 3 centimètres environ intéressant le cuir chevelu et ayant occasionné une ecchymose sous-périostée. Le crâne est respecté. Pas d'épanchement sanguin collecté. A l'ouverture de la boîte crânienne on note des adhérences des méninges à la calotte, adhérences surtout marquées à gauche. Les vaisseaux méningés sont gorgés de sang et par transparence on aperçoit à gauche une vaste collection sanguine.

Après ouverture de la dure-mère, on constate à la face interne de celle-ci, sur toute la convexité de l'hémisphère gauche, au niveau des circonvolutions frontales, temporales et pariétales, un vaste caillot sanguin. Celui-ci n'a pas de membrane d'enveloppe. Au niveau du lobe occipital, il s'agit plutôt de suffusions que de dépôt hémorrhagique. Près de la scissure de Sylvius le caillot devient très épais. La dure-mère est normale, et les vaisseaux qui y sont contenus, la méningée moyenne par exemple, sont respectés.

L'épanchement pénètre profondément dans les scissures et les sillons du cortex qui sont remplis de caillots. Le point où cette constatation se fait le mieux, est au niveau des scissures de Sylvius et de Rolando.

A la surface interne de la pie-mère on ne note pas de dépôts sanguins moulés sur les circonvolutions déprimées. Celles-ci sont lisses et, débarrassées des méninges, elles ne sont pas imbibées de sang. Le liquide céphalo-rachidien est légèrement teinté.

Rien à noter du côté de l'hémisphère droit, sauf pourtant quelques suffusions très limitées. Les autres organes du sujet sont sains. Nous avons donc affaire à une hémorrhagie sous-arachnoïdienne qui tire son origine d'un gros tronc artériel.

Après dissociation du caillot, nous avons pu voir qu'une branche ascendante de la sylvienne, l'artère frontale inférieure présentait une béance, source probable du raptus hémorrhagique.

Les points intéressants de cette observation sont les suivants :

1° Nous notons d'abord l'influence déterminante d'un traumatisme qui a provoqué une rupture vasculaire cérébrale chez un alcoolique chronique. L'hémorrhagie qui s'en est suivie est rarement constatée, bien que les auteurs croient à la fréquence grande d'un hématome sous-arachnoïdien que sous dure-mérien.

2° Nous appelons aussi l'attention sur la lenteur d'apparition de l'ictus apoplectique et sur l'existence de ces réveils de conscience entrecoupés de somnolence et de coma. Ces symptômes sont spécifiques de cette forme d'hémorrhagie méningée ; l'absence d'hémiplégie et de phénomènes jacksonniens est considérée par les auteurs anciens comme symptomatique du foyer sous-arachnoïdien. Les noms de Prus et de Serres doivent être cités à l'appui de cette opinion. Il est curieux de noter que cette même opinion est combattue par Jaccoud, Labadie-Lagrave, Baudet, Lepine, Courmont et Cade, etc.

3° Au point de vue anatomique nous signalons que le siège de ces hémorrhagies est plus souvent à la base qu'à a convexité, d'où l'intérêt spécial du malade observé.

4° Enfin, nous notons la difficulté de distinguer les diverses formes d'hémorrhagies méningées non seulement entre elles mais même entre les lésions intra-hémisphériques profondes.

M. **Le Fort** pense qu'une intervention précoce eut peut-être, été couronnée de succès. Il insiste sur la difficulté du diagnostic.

M. **Ingelrans** cite le cas de Foin où la cérébrale postérieure présentait une solution de continuité étendue.

Ectrodactylie congénitale des deux pouces

M. **Descarpentries** présente au nom de M. le professeur **Gaudier** et au sien, deux radiographies provenant d'un enfant âgé de 4 mois présentant une ectrodactylie congénitale des deux pouces. Des deux côtés les pouces sont complètement absents, ainsi que leurs métacarpiens : pas de moignon, ni d'ongles, ni de trace de cicatrices. Les autres doigts sont normaux sauf les index qui sont

raccourcis, de la grandeur des auriculaires, et en varus avec tendance à se mettre en opposition avec les autres doigts et remplir le rôle des pouces.

A l'avan-tbras droit le radius est présent : ce qui constitue une variété des plus rares (8 cas signalés) d'ectrodactylie du pouce.

Du côté gauche, on a une main-bote radio-palmaire avec absence totale du radius et torsion du cubitus.

L'enfant ne présentait aucune autre anomalie. On ne connaît aucune anomalie parmi ses ascendants et collatéraux. Elle a 4 frères aînés très bien portants.

La mère n'a pas de métrite et n'a présenté aucun accident dans le cours de sa grossesse. L'enfant vint au monde à terme et vit très bien quoique chétive et petite, présentant des fontanelles très largement ouvertes.

(*à suivre*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Secret professionnel, Médecin, Déclaration sur l'état mental d'une personne à qui il a donné des soins

Dans un certificat, un médecin avait affirmé que, jusqu'à une époque déterminée, époque où il avait cessé de donner ses soins à un client, « celui-ci était sain d'esprit et jouissait de la plénitude de ses facultés mentales ». Ce certificat avait été produit en justice à l'occasion d'un procès, et la cour d'appel saisie, en avait fait état. De là, pourvoi en cassation, par la partie condamnée. Elle soutenait que la déclaration du médecin, portant sur des faits d'ordre médical ou dont le médecin, le docteur SARDA, n'avait eu connaissance qu'à raison de ses fonctions, constituait une révélation du secret professionnel, interdite et réprimée par l'article 378 du Code pénal ; et elle en concluait que la Cour d'appel n'avait pas eu, par conséquent, le droit de faire état de cette déclaration.

Mais la Cour de cassation n'a point admis pareille argumentation, et a rejeté le pourvoi par arrêt du 18 juillet 1904 (*France Judiciaire*, 1904, II, 420), dont le considérant principal est le suivant : « Attendu que, si le médecin susnommé a donné ses soins au *de cujus*, la nature de la maladie dont ce dernier était atteint n'est point précisée ; qu'il n'apparaît point que le fait attesté par le docteur SARDA lui eût été confié sous le sceau du secret, ni qu'il fût secret de sa nature ; qu'il suit de là que rien, au point de vue légal, n'interdisait à M. le professeur SARDA de délivrer l'attestation incriminée, ni à la Cour de lui demander un élément de preuve à l'appui de sa décision ».

Deux conclusions peuvent être tirées de cet arrêt.

D'une part, tout certificat dans lequel apparaîtrait une violation de l'art. 378 Code pénal est nul en lui-même et ne peut avoir aucune valeur comme preuve en justice. Cassation, 1er mai 1899 (DALLOZ, 99, I, 585).

D'autre part, tout certificat pourra, au contraire, être retenu comme moyen de preuve, dans lequel le médecin aurait simplement contrevenu à ce devoir de discrétion rigoureuse, que lui impose l'état actuel de l'opinion et qui va au delà des termes précis de l'art. 378. Ce qui revient à dire que, la loi pénale devant être interprétée strictement, le seul certificat que doive repousser la justice est celui qui contient une véritable révélation de secret, c'est-à-dire celui dans lequel le médecin révélerait un fait qui lui aurait été confié sous le sceau du secret ou un fait qu'il aurait découvert en raison de l'exercice de sa profession.

J. JACQUEY.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Leçons de clinique obstétricale, par le docteur QUEIREL, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille, membre correspondant de l'Académie de médecine.— STEINHEIL, éditeur.

Il y a trois ans, déjà, le professeur QUEIREL avait publié une série de leçons de clinique obstétricale dont nous avons dit, ici même, tout l'intérêt.

L'éminent professeur de l'Ecole de Marseille vient de publier un nouveau volume de leçons cliniques qui ne le cède en rien à celui qui l'a précédé.

Nombre de sujets importants y sont traités avec cet esprit de consciencieuse observation et cette préoccupation constante des applications pratiques qui distinguent l'enseignement du professeur QUEIREL.

Parmi les plus importantes des leçons contenues dans ce volume, nous en citerons, d'abord, toute une série, consacrées à l'étude de la syphilis au point de vue obstétrical ; syphilis placentaire, influence de la syphilis sur la grossesse, traitement de la syphilis congénitale, influence réciproque de la grossesse et de la syphilis, syphilis et allaitement, traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis.

D'autres leçons sont consacrées à des questions importantes de diagnostic ou d'indications thérapeutiques. Telles sont les leçons qui traitent des sujets suivants : Hystéropexie et puerpéralité, kyste de l'ovaire et grossesse, grossesse triple, hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta, phlébite gravidique et phlegmatia alba dolens, indications de la symphyseotomie, accouchement spontané chez une femme ayant déjà subi deux symphyseotomies, etc.

Un recueil de leçons cliniques ne peut guère s'analyser, car il faudrait résumer et discuter pour ainsi dire chaque leçon.

Ce que nous pouvons dire, c'est que, dans ce second volume, nous avons retrouvé les mêmes qualités qui distinguaient le premier, c'est-à-dire la clarté et la netteté dans l'exposition, appuyées sur une érudition du meilleur aloi et sur un sens clinique de premier ordre.

Nous souhaitons vivement que le professeur QUEIREL nous donne bientôt un troisième volume et nous procure, ainsi, le plaisir de le lire de nouveau. Dr M. O.

Variétés & Anecdotes

L'enterrement du fakir et sa résurrection

Si les fakirs sont aux Indes révérés comme des saints, ils ont chez nous une réputation de merveilleuse adresse.

Peut-être méritent-ils mieux. On ne devient fakir qu'après une éducation très longue et très laborieuse. Peut-être les fakirs sont-ils *vrais*. En tous cas, la manifestation la plus élevée de leur science, la reprise de la vie après avoir été enterrés vivants, a été observée dans des cas où la supercherie était impossible.

Voici deux cas d'hibernation humaine considérés comme authentiques :

1° *Histoire du fakir du Punjab* (Docteur Mc. Grégor).

« Un fakir qui arriva à Lahore s'engagea à s'enterrer lui-même, et à rester un certain temps enfermé dans une caisse, sans nourriture ni boisson. Runjeet ne crut pas les assertions de l'homme, et résolut de le mettre à l'épreuve, Dans ce but, le fakir fut enfermé dans une caisse de bois, qui fut placée dans une petite pièce sous le milieu du terrain; il y avait une porte à deux battants à sa caisse qui fut fermée à clef. Entourant cette pièce, il y avait la maisonnette (aux outils de jardinage) dont la porte fut fermée de la même façon ; et en dehors de l'ensemble, un haut mur dont la porte d'entrée fut condamnée à l'aide de briques et de terre. Afin d'empêcher quiconque d'approcher une ligne de sentinelles fut placée et relevée à intervalles réguliers. La garde la plus sévère fut continuée pendant l'espace de 40 jours et de quarante nuits, à l'expiration desquels le Maharajah, assisté de son petit-fils et de plusieurs de ses sirdars, du général Veutura, du capitaine Wade et de moi-même, procéda à déterrer le fakir. Les briques et la terre furent enlevées de la porte extérieure ; la porte de la maisonnette fut ensuite ouverte et enfin celle de la caisse de bois contenant le fakir.

« Ce dernier était recouvert d'un drap blanc, qu'on enleva. L'homme était assis, les mains et les bras appuyés aux côtés, les jambes croisées.

« Le premier temps de l'opération de la résurrection consista à répandre sur sa tête une certaine quantitée d'eau chaude. Après cela un gâteau de *atta* fut placé sur la couronne de la tête ; un tampon de cire fut ensuite retiré de l'une de ses narines; et ceci étant fait, l'homme respira fortement par cette narine. La bouche fut alors ouverte et la langue qui avait été étroitement appuyée au palais de la bouche fut ramenée en avant et frottée de *ghee* ainsi que les lèvres. Durant cette partie de l'opération je ne pouvais pas sentir le pouls au niveau du poignet, quoique la température du corps fût bien au-dessus de la moyenne. Les bras et les jambes étant étendus et les paupières levées, les premiers furent bien frottés et un peu de *ghee* fut appliqué sur les dernières. Les cornées présentaient un aspect voilé, terne, comme celles d'un cadavre.

« L'homme renaissait : le pouls devint perceptible au poignet, pendant que la température anormale du corps diminuait rapidement. Il fit plusieurs efforts infructueux pour parler ; à la fin il articula des mots, dans un ton si bas et si faible qu'on ne put les entendre. Quand le fakir fut en état de parler, la conclusion du miracle fut annoncée par une décharge de fusils et d'autres démonstrations de joie. Une chaîne d'or fut placée autour de son cou par Runjeet ; des boucles d'oreilles, des hochets et des châles lui furent présentés. »

2° *Histoire du second fakir*. Elle est ainsi rapportée par le lieutenant A.-H. Boileau :

« J'ai été précisément témoin d'un fait singulier, dont j'avais entendu parler pendant notre séjour à cet endroit, mais dont je n'avais pas parlé jusqu'ici, le temps de son accomplissement n'étant pas terminé. Ce matin, cependant, un homme qui avait été enterré un mois, sur le bord d'un étang, près de notre camp, fut retiré vivant, en présence de Esur Lal, un des ministres du Muharawal de Jaisulmer, en l'honneur duquel ce singulier individu, volontairement, fut enterré il y a un mois. C'est un homme assez jeune, d'environ trente ans et son village natal est à moins de 5 kilomètres de Kurnaul ; mais il voyage généralement dans la contrée à Ajmere, Kotha, Indore, etc., et se loue pour être enterré pendant des semaines ou des mois à toute personne qui veut le payer généreusement pour cela. Dans le cas présent le Rawun mit ce personnage singulier en réquisition, dans l'espoir d'obtenir un héritier à son trône... Il fut enterré à Jaisulmer, dans un petit édifice d'environ 12 pieds sur huit construit en pierre. Dans la pierre il y avait un trou long de trois pieds, large de deux pieds et peut-être profond d'un yard (0m,914) dans lequel il fut placé, dans la position assise, cousu dans son linceul, les pieds tournés en dedans vers l'estomac et ses mains aussi, dirigées en dedans vers la poitrine. Deux lourdes dalles de pierre, longues de six pieds, épaisses de plusieurs pouces et assez larges pour couvrir l'ouverture de la tombe, de sorte qu'il ne pût s'échapper, furent placées au-dessus de lui, et je crois qu'un peu de terre fut plâtrée sur le trou afin de rendre la surface de la tombe égale et compacte. La porte de la maison fut aussi murée et des gens placés à l'extérieur afin qu'aucune fraude ne fût commise. A l'expiration du mois entier, c'est-à-dire ce matin, le mur qui obstruait la porte fut démoli, et l'homme enterré retiré de la tombe.

« Il était complètement insensible, ses yeux étaient clos, ses mains engourdies et sans force, son estomac très rétréci et ses dents étaient tellement serrées, que l'on fut forcé de lui ouvrir la bouche avec un instrument de fer, afin de lui faire prendre un peu d'eau. Graduellement il reprit ses sens et l'usage de ses membres, et quand nous allâmes le voir il était assis sur son séant, soutenu par deux hommes, et parlait à voix basse et faible... Cornet Mc Nagten, assistant de l'agent du gouverneur général dans le Rajpootana, mit son abstinence à l'épreuve, à Popkur, en le suspendant pendant treize jours enfermé dans une caisse en bois... On dit que l'homme a acquis, par une

longue pratique, l'art de retenir sa respiration en fermant sa bouche et en bouchant l'ouverture interne des narines avec sa langue..., son pouvoir d'abstinence doit être merveilleux, et ses cheveux ne poussèrent point pendant le temps qu'il demeura enseveli. Je crois qu'il n'y a a pas d'imposture dans le cas.»

On a comparé l'état de mort apparente des fakirs à la catalepsie, sans preuves bien convaincantes, à une autohypnose. La vérité est qu'on est encore ignorant de ces choses. Si l'hystérie des fakirs semble chose très vraisemblable à nos cerveaux pétris de science d'Occident, peut-être cette explication n'est-elle pas bonne.

(*Revue de médecine et de chirurgie*).

Ce que coûte la tuberculose

Le statisticien Fréd. HOFFMAN estime à 150.000 le nombre des victimes de la tuberculose aux Etats-Unis à l'âge moyen de 35 ans.

A cet âge, la survie étant d'environ 32 ans, on peut admettre que la perte de vie, en matière de temps, est représentée par 4.800.000 années par an.

Si l'on admet que la valeur nette d'une année de vie humaine après 35 ans est au moins de 50 dollars, la perte totale de la nation due à la tuberculose peut être estimée à 240 millions de dollars par an.

Il n'est pas exagéré de prétendre que la moitié au moins de cette mortalité est évitable, d'où un bénéfice net pour la nation de 120 millions de dollars par an.

Et cette estimation ne fait pas entrer en ligne de compte la valeur sociale, morale et sentimentale d'au moins 100.000 êtres vivants qui, dans d'autres conditions, pouvaient raisonnablement espérer vivre encore de nombreuses années.

(*La Médecine moderne*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉS

Ecole de médecine de Limoges. — Un **Concours** s'ouvrira, le 6 novembre 1905, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur FAUCONNIER, d'Hesdin. Nous prions la famille de notre confrère d'agréer l'expression de nos bien sincères condoléances.

MM. les docteurs DENOUTH, de Paris ; DAVID, de Montpellier.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1905, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le Dr HUCHARD, médecin des hôpitaux. 1 vol. in 18 de 322 pages, cartonné : 3 fr. (Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, rue Hautefeuille, Paris).

L'année 1904 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux : le Formulaire de Bocquillon-Limousin enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent. L'édition de 1905 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Citons en particulier : Agaricinate de bismuth et de lithium, Anesthésine, Anthrasol, Argyrol, Aristoquinine, Aspidospermine, Bismone, Bornyval, Bromochinal, Bromol, Bromoquinol, Caséoïodine, Cellotropine ; Chlorhydrates de berbérine, d'éthylnarcéine, d'holocaïne ; Citrate d'argent, Cosaprine, Diosmai, Dymal, Ektogan ; Energétènes de digitale, de genêt, de muguet, de valériane ; Enésol, Esterdermasane, Ethylène éthényldiamine, Eumydrine, Ferments du cidre et du raisin, Fluorure d'argent, Formol saponifié, Hétraline, Holocaïne, Iodocaséine, Iodosalicylate de bismuth, Iodure d'amyle, Iodyline, Isopral, Itrol, Lusoforme, Lysidine, Métal-ferment, Méthylatrophine, Méthlyoxalidine, Méthylonitrate d'atropine, Mirmol, Narcyl, Nitrite de soude, Nucléinate de fer et de soude, Œnasse, Oxyde de bismuth colloïdal, Pégnine, Peroxyde de zinc, Phtisiopyrine, Polychloral, Psorialan, Pyrénol, Pyrone, Quinoforme, Radium, Rheumasane, Salacréol, Salicylarsinate de mercure, Salicylate de théobromine et de lithine, Stovaïne, Subcutine, Sublamine, Tachiol, Thermodine, Tribromophénol, Trigémine, Uropherine, Vasothion et un grand nombre de plantes coloniales et exotiques récemment introduites en thérapeutique.

Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur les médicaments importants de ces dernières années, tels que Airol, Benzacétine, Cacodylate de soude, Caféine, Chloralose, Cocaïne, Eucaïne, Ferripyrine, Formol, Glycérophosphate, Ichtyol, Iodol, Kola, Levure de bière, Menthol, Pipérazine, Résorcine, Salophène, Salipyrine, Somatose, Strophantus, Trional, Urotropine, Vanadate de soude, Xéroforme, etc.

Le Formulaire de Bocquillon-Limousin est ordonné avec une méthode rigoureuse. Chaque article est divisé en alinéas distincts intitulés : synonymie, description, composition, propriétés thérapeutiques, modes d'emploi et doses. Le praticien est ainsi assuré de trouver rapidement le renseignement dont il a besoin.

BOURNEVILLE. — **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hysterie et l'idiotie.** Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques, arriérés et aliénés de Bicêtre, pendant l'année 1903. Avec la collaboration de MM. BOYER (J.) LEMAIRE, Reine MAUGERET (Mlle), Julien NOIR, Paul BONCOUR.— Vol. in-8° de CLXXIV — 346 pages, avec 72 figures et 17 planches. Librairie du *Progrès Médical*, 14, rue des Carmes, Paris.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Etude de certaines conditions dans lesquelles le nerf pneumogastrique cesse d'agir sur le cœur**, par le docteur R. Wybauw, extrait des *Archives internationales de physiologie*, 1905

— **De la radioactivité des eaux de Plombières**, par le docteur Emile Hamaide, Paris, *Naud*, 1904.

— **L'ankylostomiase, maladie sociale (anémie des mineurs) biologie, clinique, traitement, prophylaxie**, par les docteurs Calmette et Breton, Paris, *Masson*, 1905.

— **Des torsions de l'épiploon**, par le docteur G. Roche, Paris, *Institut international de bibliographie scientifique*, 1905.

— **Le service médical des assurances ouvrières obligatoires en Allemagne, l'organisation de la médecine des accidents en France : ce qu'elle est et ce qu'elle devrait être**, par le docteur Deléarde, extrait des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, mai 1904.

— **Rapport sur les travaux du conseil central de salubrité et des conseils d'arrondissement du département du Nord pendant l'année 1903**, par le docteur Thibaut, Lille, *Danel*, 1904.

— **Le bain carbo-gazeux considéré comme un procédé hydrothérapique**, par le docteur R. Wybauw, extrait des *Archives générales de médecine*, 1904.

— **Procédé du médecin-major G. de Saint-Paul, pour les injections hypodermiques sans seringue**, par le docteur Gascoin, Paris, *Maloine*, 1905.

— **Note sur la valeur climatothérapique de Grasse**, par le docteur Bourgeois, *Grasse-Inbert*, 1904.

— **De l'iboga et de l'ibogaïne**, par le docteur A. Landrin, thèse Paris, 1905.

— **Pour soigner les maladies vénériennes sexuelles et urinaires**, par le docteur Galtier-Boissière, Paris, *Schleider*, 1905.

— **Les étuves partielles de Bourbon l'Archambault et leurs indications**, par le docteur H. Bernard, extrait des *Annales d'hydrologie et de climatologie médicales*, 1904.

— **De la valeur biologique du coefficient azoturique**, par le docteur Dufourt, extrait du *Lyon médical*, 1905.

— **Du mécanisme de l'action des bains carbo-gazeux ferrugineux (bains de Spa), chez les malades atteints de troubles cardio-vasculaires**, par le docteur R. Wybauw, Bruxelles, *Levigne*, 1905.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

15e SEMAINE DU 9 AU 15 AVRIL 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	3
3 mois à un an	6	5
1 an à 2 ans	1	1
2 à 5 ans	1	2
5 à 20 ans	2	5
20 à 60 ans	22	7
60 ans et au-dessus	15	11
Total	54	34

Répartition des décès par quartier — CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	3
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tuberculose pulmonaire	»	3	1	3	»	»	»	»	3	3	2	15
Coqueluche	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Grippe	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Bronchite et pneumonie	1	1	1	»	1	1	»	»	»	»	»	5
Méningite tuberculeuse	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Cancer	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	2
Apoplexie cérébrale	»	1	»	1	»	2	»	»	»	»	»	4
Bronchite	»	1	»	2	»	»	»	1	1	»	»	5
Maladies organiques du cœur	»	1	»	»	1	»	1	»	»	»	»	3
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	1	»	3	»	»	1	»	»	»	»	5
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Suicide	»	1	1	1	1	»	1	»	»	»	»	5
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	2	3	1	10	1	12	1	2	1	1	1	35
TOTAL des DÉCÈS	4	13	7	20	5	16	5	3	6	4	3	86
NAISSANCES par Quartier	4	20	11	18	10	13	7	7	13	8	6	117

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc.
Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 433. Neuvième Année. N° 18. Le Numéro : **10** centimes 30 Avril 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Arthrite blennorrhagique suppurée

par M. le Professeur **H. Folet**.

Louis Z..., soldat, âgé de 21 ans, contracta en octobre 1900 une blennorrhagie qu'il n'osa avouer au médecin du régiment. Dans les premiers jours de novembre il sentit quelques douleurs dans le genou gauche, sans aucun signe extérieur. Il se présenta à la visite. On le prit pour un carottier qui voulait éviter une marche ou une corvée, et on ne l'exempta pas de service. Le surlendemain il se représenta avec un genou gonflé, rouge, très douloureux. Il fut soigné quelques jours à l'infirmerie ; puis, comme il demandait à revenir chez lui, à Lille (sa garnison étant une ville voisine de Lille), et que son arthrite ne s'amendait pas, au contraire, on lui donna une permission d'un mois. Il eut beaucoup de mal à gagner la voiture qui le conduisit à la gare, à aller de la voiture au train, et du train à la voiture qui l'attendait ici, enfin de cette voiture dans sa chambre. Tous ces transbordements très pénibles lui arrachaient des cris aigus, et ses souffrances paraissaient aller croissant.

Je le vis le 9 novembre. Le genou gauche était très gonflé, rouge, chaud, d'apparence phlegmoneuse. Le moindre mouvement de la jointure et même un léger ébranlement du lit étaient horriblement douloureux. Je pensai tout de suite à la mono-arthrite gonococcienne. Je le confessai en particulier et il m'avoua sa chaudepisse, qui était à son déclin, peu douloureuse. Il avait de l'hyperthermie (39°5), de l'accablement, de la céphalalgie. Pouls à 110. Je plaçai, sous le chloroforme, le membre malade dans une gouttière de cuisse bien ouatée et appliquai deux cents pointes de feu. Je fis un lavage permanganaté de l'urèthre, qui fut renouvelé les jours suivants, et j'attendis.

Les douleurs se calmèrent d'abord et la fièvre tomba un peu. J'espérais obtenir la résolution de l'arthrite. Mais, au bout de deux ou trois jours, l'hyperthermie s'accusa de nouveau ; le genou était toujours très gonflé, ultra-sensible au moindre contact ; les culs-de-sac synoviaux distendus par un liquide abondant ; une ponction faite à la seringue de PRAVAZ me montra que l'article était plein de pus. L'arthrotomie s'imposait immédiate ; et je la pratiquai sur le champ.

Par parenthèse cette seringue pleine de pus que je destinais à l'examen microbiologique, fut vidée par mégarde, ainsi que je l'appris quand je m'en informai, après l'opération faite. Je n'aurais pu recueillir trois jours plus tard, lors du premier pansement, que du pus où pouvaient avoir pénétré et pullulé toutes sortes de microbes vulgaires. L'examen bactériologique ne fut pas fait, et je le regrette.

Donc l'arthrotomie fut pratiquée le 15 novembre, sous l'anesthésie, bien entendu : longues incisions de la synoviale sur les deux côtés de la rotule sous

laquelle je passe un gros drain. Deux drains antéro-postérieurs de chaque côté de l'articulation, grands lavages à l'eau bouillie phéniquée au cinquantième.

Les phénomènes généraux graves tombèrent. Mais des fusées purulentes partant des culs-de-sac synoviaux vers les muscles de la cuisse, des fusées sous-cutanées vers la jambe nécessitèrent à quatre reprises des incisions et des drainages complémentaires. Le membre inférieur était ainsi traversé de cinq ou six gros tubes versant des flots de pus. Le pansement, qu'il fallait faire complet au moins tous les deux jours, était toujours abominablement douloureux, le patient poussait de véritables hurlements et suppliait en termes déchirants qu'on le chloroformât. Si bien que, durant trois mois, deux fois par semaine au moins, je donnais quelques bouffées de chloroforme au blessé (il lui en fallait fort peu) ; puis, les mains gantées de gants de caoutchouc que l'on faisait bouillir après chaque séance, je lavais et j'irriguais avec des antiseptiques variés, le plus souvent avec de l'eau oxygénée étendue, les anfractueux clapiers de cette énorme cavité suppurante. Je n'ai pas souvent eu à faire dans ma vie chirurgicale une série de pansements septiques plus pénibles.

On comprend que cette infection, cette sécrétion considérable de pus avait mis le pauvre garçon dans un état de dépression et d'anémie fort inquiétants. Il avait de la fièvre presque continue ; la vieille *fièvre hectique* des anciens auteurs. Amaigrissement effrayant. Appétit très languissant et alimentation difficile. De plus, malgré les soins donnés à l'urèthre, une petite complication s'était montrée de ce côté. Un abcès péri-uréthral s'était produit à la région pénienne et avait dû être ouvert à la partie antérieure du scrotum, dans le pli scroto-pénien.

Enfin nos efforts furent récompensés. La suppuration diminua, les foyers se rétractèrent, les drains purent être, l'un après l'autre, remplacés d'abord par des faisceaux de crin, puis supprimés. Vers le mois de mai 1901, après plus de cinq mois, la suppuration fut à peu près tarie ; et le membre, pourvu qu'on le maniât avec douceur, n'était presque plus douloureux. Pas n'est besoin de dire que le genou était ankylosé en bonne position du reste, le malade au surplus rejetait l'idée de tout mouvement à imprimer à son articulation, de toute gymnastique si prudente qu'elle fut, ayant pour but de ramener quelque mobilité. Il craignait même si fort toute tendance à la flexion possible que pendant plus d'une année, alors qu'il remarchait dans la maison, qu'il sortait en voiture, il voulut coucher le membre inférieur dans sa gouttière ouatée, pour parer à tout mouvement accidentel pendant le sommeil.

J'avoue que je n'ai pas insisté sur l'utilité d'imprimer au genou des mouvements, même limités et prudents. En les commençant tôt j'aurais eu peur de réveiller la terrible phlegmasie dont nous sortions ; en tardant, les adhérences interosseuses, la rétraction des ligaments et du tendon faisaient de tous les éléments jadis mobiles de l'articulation des segments invinciblement soudés et définitivement indéplaçables. Au cours du traitement j'avais répété bien des fois à la famille que l'on devait souhaiter au malade comme un idéal excellent, la guérison avec une ankylose à laquelle il ne faudrait probablement pas toucher.

Cet idéal était atteint ; le patient et la famille n'en demandaient pas davantage.

Il y avait ces jours-ci environ deux ans que je n'avais revu mon homme. Il m'est revenu voir la semaine dernière ; c'est même ce qui m'a donné l'idée de rédiger son observation. Il est aujourd'hui parfaitement portant au point de vue de la santé générale, et s'est marié l'année dernière ; son uréthrite est bien terminée depuis longtemps. Le membre inférieur est naturellement toujours rigide, en extension parfaite. Aucun mouvement, si petit soit-il, n'est possible dans l'articulation du genou. Ce genou est un peu plus volumineux que l'autre, mais on peut le palper, le presser sans provoquer aucune douleur. Les muscles de la cuisse sont légèrement atrophiés. Ceux de la jambe ont gardé leur volume ; l'articulation tibio-tarsienne est intacte et fonctionne parfaitement

Louis Z... marche sans douleur et sans fatigue et se tient debout plusieurs heures par jour. Il fait quotidiennement ses six ou sept kilomètres. Il exerce la profession de courtier qui nécessite des courses, des démarches, des voyages en chemin de fer. Il travaille sans se ménager.

La synovite blennorrhagique se présente spontanément sous des formes diverses. La plus simple et la plus bénigne est l'arthralgie, douloureuse, spontanément ou à la pression, avec conservation des mouvements, sans gonflement ni rougeur, occupant une ou plusieurs jointures. La polyarthrite subaiguë, oligo-articulaire, est dite par MAUCLAIRE (1) la forme la plus commune du pseudorhumatisme blennorrhagique ; d'après mon observation personnelle la plus grande fréquence appartiendrait à la forme suivante : La monoarthrite aiguë à début brusque, à douleur intense, tenace, insupportable au moindre mouvement, se calmant par le repos et les révulsifs, au moins au début. Puis gonflement marqué, rougeur intense, œdémateuse, avec traînées lymphangitiques. Hyperthermie locale et générale et symptômes fébriles. Il semble qu'il y ait là une périarthrite phlegmoneuse qui va aboutir rapidement à la suppuration de l'article ; mais les journées se passent sans que cette suppuration se produise. Cette physionomie d'arthrite suraiguë, qui reste stationnaire à cet état et n'aboutit pas à la pyogenèse, est très caractéristique. Elle m'a par deux fois suffi à faire le diagnostic chez des malades que leur âge et leur respectabilité m'empêchaient d'interroger librement, en présence de leurs femmes ou de leurs filles, sur la réalité d'une

1. *In* LE DENTU-DELBET, T. III, p. 417.

chaudepisse. Après cette période d'acuité l'affection passe à l'état chronique et dure longtemps. L'épanchement articulaire, en général peu abondant, se résorbe ; les ligaments se rétractent et les extrémités osseuses, augmentées de volume, s'altèrent, se gonflent, des exsudats fibrineux se forment dans l'article ; c'est l'arthrite plastique, qui prépare une ankylose. Cette monoarthrite aiguë ankylosante, qui est, je le répète, la forme que personnellement j'ai le plus souvent rencontrée, peut cependant aboutir à la suppuration, laquelle peut même survenir d'emblée.

Maintenant que, dans ces dernières années, la blennorrhagie a été élevée au rang des maladies infectieuses générales (JULIEN, PATOIR), la pathogénie des arthrites est de ce fait devenue plus facile à concevoir. Déjà LASÈGUE avait considéré l'arthrite blennorrhagique comme une pyohémie atténuée. Cette théorie, complétée par des recherches ultérieures, s'est appelée depuis théorie de l'infection secondaire. La blennorrhagie, maladie primitivement locale, peut devenir une maladie générale susceptible de déterminer dans toutes les séreuses, et en particulier dans les jointures, des lésions secondaires provoquées soit par le gonocoque, soit par des microbes surajoutés provenant du pus uréthral ; tout comme cela se voit dans la variole, la scarlatine, la diphtérie, la grippe, les infections puerpérales, etc. Notons, du reste, la parfaite analogie entre les arthropathies puerpérales et les blennorrhagiques. Néanmoins, il faut le dire, la suppuration est une terminaison rare de l'arthrite blennorrhagique ; MAUCLAIRE en son mémoire sur les *arthrites suppurées dans les principales maladies infectieuses* (1), n'en a réuni que trois observations publiées dans toutes les littératures.

Et partant de ces idées, il est clair que, lorsque la virulence gonococcique est extrême, la pyarthrite peut survenir d'emblée, spontanément et sans aucune cause adjuvante. Mais il n'en est pas moins clair que dans notre fait le traumatisme exercé par la marche, le voyage en chemin de fer, les transbordements, etc. sur cet article qui est déjà le théâtre d'une phlegmasie très aiguë, a agi de la façon la plus fortement efficace pour déterminer la purulence. Sans les fatigues qui lui ont été imposées le malade aurait eu, selon la vraisemblance clinique, une mono-arthrite plastique que l'immobilisation aidée des révulsifs eût guéri plus ou moins vite.

(1) *Arch. générales de Médecine*, 1895.

J'ai même espéré un moment que cette thérapeutique, quoique tardivement appliquée, apaiserait l'inflammation de la jointure.

A tous ces moyens il faut ajouter les lavages et la désinfection de l'urèthre. Diminuer la pullulation des microbes et la fabrication des toxines dans le foyer local primitif, c'est faire œuvre très utile et faciliter la régression de l'arthrite. Plus tard des mouvements et massages méthodiques pratiqués en temps utile auraient peut-être ramené une mobilité articulaire sinon complète, au moins suffisante.

Aujourd'hui l'articulation a été complètement détruite ; la cavité synoviale n'existe plus. Les os sont soudés solidement les uns aux autres, peut-être même fusionnés. Le malade se sert utilement de son membre raidi en position rectiligne. Il exerce sans douleur ni fatigue une profession fort active. Je ne songe pas à lui rien proposer pour modifier cet état de choses et remédier à cette ankylose. Si d'ailleurs je faisais cette proposition, le malade la repousserait énergiquement et je crois qu'il aurait bien raison.

Prolapsus vulvaire du fond de l'utérus, péritonite tuberculeuse enkystée dans une hédrocèle (1)

Par M. le docteur **René Le Fort**, professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Sous ce titre singulier, je rapporterai brièvement l'histoire plus singulière encore d'une jeune fille de dix-huit ans, que j'ai eu l'occasion de voir d'abord dans le service de clinique chirurgicale de M. le Professeur FOLET et, plus tard, d'examiner et d'opérer avec mon excellent confrère et ami le docteur LHEUREUX, de Vendin-le-Vieil.

Le 5 octobre 1903, cette jeune fille entrait à l'hôpital Saint-Sauveur, pour une petite tumeur faisant saillie par la vulve. La malade n'en souffrait pas ; elle avait seulement remarqué que, depuis sept mois, une grosseur du volume d'un œuf de poule, sortait par la vulve au cours des efforts. La miction, la défécation n'étaient nullement gênées. Il n'y avait pas de troubles génitaux ni des divers organes ou appareils.

Le toucher vaginal permettait d'atteindre le col situé très-haut derrière le pubis, le palper bimanuel était difficile et on ne sentait pas l'utérus.

La tumeur était développée dans la paroi postérieure du vagin, elle remontait haut, sans qu'on pût définir nettement son pédicule supérieur ; elle n'était pas fluctuante, plus dure qu'un kyste, mais un peu souple. Sans préciser davantage le diagnostic, l'ablation paraissait s'imposer ; elle fut pratiquée par M. le professeur FOLET. Après incision médiane, la tumeur

(1) Communication faite à la Société de Médecine du Nord, en sa séance du 20 mars 1905.

apparaît dure, très adhérente à la muqueuse vaginale, d'aspect musculaire.

La dissection de son pôle inférieur ne présente pas de difficultés ; la tumeur se prolonge en arrière, le pédicule est gros. Il est sectionné après ligature, et on s'aperçoit alors qu'il existe au centre une cavité, et que l'opération n'a été en réalité qu'une hystérectomie subtotale sur un utérus extraordinairement rétrofléchi et extra-péritonéal. En effet, il semble bien que l'utérus se soit insinué dans le tissu cellulaire rétro-vaginal et dans la cloison recto-vaginale, après s'être dégagé de son revêtement péritonéal. Au cours de l'extirpation, on n'a vu ni trompes ni ligaments ronds, bien que les premières du moins existent parfaitement puisque la malade est réglée.

Les suites sont d'une extrême simplicité ; et le 24 octobre 1903, Irma B..., quitte l'hôpital en bon état.

Le 14 juin 1904, elle est amenée à ma consultation par M. le docteur Lheureux. Depuis l'opération elle a été réglée, assez convenablement, bien qu'une fois sur deux les règles se soient accompagnées de douleurs. La malade est maigre et affaiblie.

Peu à peu, depuis qu'elle a quitté l'hôpital, s'est développée du côté du vagin une nouvelle tumeur, depuis peu de temps irréductible. Cette tumeur est constituée par la paroi postérieure du vagin faisant une très forte saillie vulvaire. Il est difficile de la contourner avec le doigt, car elle remplit complètement l'orifice vulvaire qu'elle ouvre largement et dépasse. On croirait que la malade va accoucher. La masse est très douloureuse, on en diminue le volume par une pression que la malade supporte difficilement et qui ne réduit pas grand'chose

En appuyant assez longuement, je perçois à un moment donné une réduction partielle avec bruit de frottement et je soupçonne une hédrocèle adhérente. Le périnée est tendu, saillant, bombé, assez résistant. La consistance de la masse, par la vulve, le vagin ou le périnée, est mollasse. On sent le col utérin très haut, derrière le pubis. Le toucher rectal est tout à fait impossible sans chloroforme, et le ventre est tendu, plat et résistant, surtout dans sa partie inférieure ; c'est une malade fort difficile à examiner.

Les selles sont normales, les mictions un peu pénibles.

Le diagnostic précis est réservé, et un examen sous chloroforme, suivi d'opération immédiate très probablement, est proposé et accepté.

L'opération a lieu à Pont-à-Vendin, le 16 juin 1904, avec l'aide de MM. les docteurs Lheureux et Cretal.

Sous chloroforme, le bas-ventre reste dur et tendu ; la masse vaginale conserve son volume, elle fait de plus en plus saillie hors du vagin dans la position d'examen. La muqueuse vaginale qui la recouvre est tapissée de croûtes épaisses que le savonnage et la brosse détachent. Près de la fourchette, la muqueuse est rouge, et a une apparence cicatricielle.

Je cherche à réduire prudemment, par une pression lente et continue, et sous la pression, le périnée se tend progressivement ; l'anus, d'abord fermé, s'entr'ouvre et laisse apercevoir la muqueuse du canal anal du côté droit ; la dilatation de l'anus s'accuse ensuite de plus en plus, et bientôt l'anus dilaté montre un orifice tapissé par la paroi ano-rectale droite refoulée, évidemment, par une masse extra-rectale qui comprime le périnée, le côté droit du rectum et fait saillie à la vulve. Cette masse est molle, pâteuse, il n'y a rien qui puisse mettre sur la voie d'un diagnostic. Par le vagin, assez haut, on aperçoit sur la paroi postérieure, un orifice arrondi, à bords minces, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, dont le fond est formé par une surface violacée non suintante. On ne peut pas dire qu'il y ait ulcération ; il y a perte de substance, et un tissu lisse comme une paroi kystique en tapisse le fond.

J'incise la paroi vaginale postérieure sur la partie saillante, verticalement, sur cinq ou six centimètres et dissèque à droite et à gauche la muqueuse vaginale. Celle-ci, épaisse, est doublée d'un tissu élastique et œdémateux dans lequel je trouve à droite un plan de clivage. Du liquide clair sort brusquement et m'éclabousse la figure, il est fortement salé. Je m'assure que je ne suis pas dans la vessie. La poche est agrandie avec les doigts, elle forme une cavité irrégulière. Le doigt placé dans la plaie est séparé par des tissus épais du doigt de l'aide placé dans le rectum. Un décollement au doigt de tout ce qui se laisse décoller permet de s'assurer qu'on est bien dans une hédrocèle, la poche ouverte est une petite poche de péritonite enkystée, et de fait, au cours des manœuvres, deux ou trois autres petites poches sont ouvertes à leur tour. On ne voit pas de granulations sur le péritoine qui est violet et, granulations à part, ressemble bien par son épaisseur et ses caractères au péritoine tuberculeux. Assèchement des anses mises à nu, suture au catgut du péritoine, et au crin de la paroi vaginale en cherchant à créer un mur postérieur comme dans la colporraphie. La grande cavité péritonéale libre n'a pas été ouverte. Le volume de la tumeur est diminué et on peut même tamponner le vagin modérément pour maintenir la réduction obtenue.

Deux jours plus tard, la malade mourait avec des symptômes d'occlusion.

Il n'a pas été possible de faire d'autopsie.

Cette observation prête sans doute à de très nombreuses réflexions, et multiples sont les points qui mériteraient d'être relevés, mais nous ne connaissons dans la littérature médicale aucun fait de ce genre, toutes les hypothèses sont plausibles pour expliquer les phénomènes singuliers que nous venons de rapporter, et il y aurait tant de choses à dire ici, sans base sérieuse, que nous préférons livrer au public médical cette étrange observation sans commentaires.

Epiplocèle tuberculeuse

par le docteur **J. Colle**, Chef de clinique chirurgicale, et **Petit**, Interne des hôpitaux.

La tuberculose herniaire est notée partout comme une affection rare. Signalée pour la première fois par Cau-

VEILHIER en 1862. NURDIN (1) en 1898, dans sa thèse intitulée « De la tuberculose herniaire et vagino-péritonéale » n'en a rassemblé que vingt-sept observations. Encore s'agissait-il de tuberculose du sac herniaire seul ou de tuberculose des organes prolabés dans la hernie, ou encore de tuberculose herniaire, accompagnant des péritonites tuberculeuses.

Nous avons vu et opéré ces temps derniers dans le service de M. le professeur FOLET un cas d'épiplocèle tuberculeuse. Cette lésion rare, sa localisation bien limitée au territoire herniaire, la façon dont elle s'est constituée, nous ont paru intéressantes à signaler.

V.. Fernand, quarante-trois ans, entre dans le service de M. le professeur FOLET, le 26 février 1905. Il présente comme antécédents héréditaires un père mort subitement à soixante-trois ans ; une mère morte à soixante deux ans d'une hernie étranglée. Il lui reste deux frères et une sœur bien portants ; un frère est mort à vingt-deux ans de pyélo-néphrite calculeuse ; un autre en bas-âge serait mort de diarrhée infantile. D'après l'interrogatoire il n'y aurait eu chez aucun des membres de cette famille, trace de tuberculose.

Le malade aurait eu à l'âge de vingt-quatre ans, un abcès de la marge de l'anus. L'an dernier il fit une broncho-pneumonie qui, depuis, n'a pas laissé de traces.

Porteur d'une hernie inguinale de la grosseur d'un œuf de poule, il affirme qu'elle rentrait très facilement. La hernie ne fut pas douloureuse, même ces derniers temps, et le ventre ne fut jamais sensible. Les selles étaient régulières. Pas de phénomènes généraux du moins perceptibles pour le malade lui-même.

Le 11 février dernier, pendant un effort, le malade ressent dans la région inguinale une sensation de gargouillement et il voit brusquement sa hernie augmenter de volume. Il la fait rentrer facilement et avec gargouillement. Deux heures après mêmes sensations, mais cette fois la hernie est plus tendue et devient irréductible. Pourtant, les jours suivants, ne surviennent aucun des symptômes de l'étranglement herniaire. La tumeur est dès lors, au dire du malade, dans l'état où nous la trouvons actuellement

Examen. — Le sujet présente, dans la région inguinale gauche, une tumeur grosse comme les deux poings, descendant jusque dans la bourse. Elle est allongée de l'orifice inguinal au testicule. Cette tumeur est mate à la percussion, dure rénittente à la palpation. Elle se prolonge dans le canal inguinal par un pédicule gros comme le pouce que l'on sent jusque dans le ventre où il donne bien la sensation de la corde épiploïque. En bas le testicule est indépendant de la tumeur et est refoulé en dedans. La réductibilité même partielle est impossible. La pression exercée, modérément il est vrai, ne provoque pas de douleur. Il n'y a pas de rougeur. D'une façon générale le malade ne présente aucun phénomène d'étranglement herniaire. L'examen à la lumière transmise prouve l'opacité de la tumeur. Le ventre paraît légèrement météorisé, il n'y a point d'ascite perceptible, point de tumeur autre que la corde épiploïque. Le diagnostic de hernie épiploïque avec épanchement liquide dans le sac, semble s'imposer.

Le 1er mars. — Opération. — Incision le long de la tumeur couches par couches. Le sac très épais est entouré de tissu fibreux disposé en lamelles. Dès son ouverture il s'écoule quelques gouttes d'un liquide séreux noirâtre, et l'on trouve à l'intérieur du sac, une masse très rouge, noire par endroits, semblant extrêmement vasculaire. Elle adhère au sac de tous côtés. Mais l'adhérence n'est point intime. On fait le tour de cette masse, qui est grosse comme le poing et se continue du côté supérieur par un pédicule nettement épiploïque Elle est bien formée par de l'épiploon. Les différentes parties de cet organe, en adhérant entre elles, circonscrivent des cavités remplies d'un liquide séreux.

La consistance molle de cette tumeur fait penser à une lésion maligne de l'épiploon. Le pédicule épiploïque, attiré dans la plaie, est lié puis sectionné au ras du canal inguinal. Il faut pourtant avouer que notre ligature ne paraît pas porter en tissu parfaitement sain. Nous réduisons néanmoins le pédicule dans le ventre, nous réservant d'aller l'y rechercher, si l'examen histologique vient à confirmer le diagnostic macroscopique. Le sac très épais, adhérant aux tissus voisins, est disséqué puis réséqué ; drainage, pansement.

3 mars. — Température à 38°9. Purgation. La température tombe à 37°1.

5 mars. — Température à 38°9. Pansement. Suppuration assez abondante, un peu de ballonnement du ventre. On sent toujours dans le flanc gauche et se dirigeant vers l'anneau inguinal, la corde épiploïque précédemment signalée. Le drainage est largement établi. Depuis, la température n'est plus remontée au-dessus de 37°8.

L'examen histologique fait par M. le professeur CURTIS donne un résultat un peu inattendu : « Cette tumeur, nous dit-il, est un énorme lipome, mais un lipome tuberculeux. Il est formé d'amas de graisse, séparés par des cloisons conjonctives et, dans ces cloisons, existe un semis énorme de follicules tuberculeux primitifs. »

Il est donc bien évident que nous avions affaire à une tuberculose de l'épiploon hernié.

Cette tuberculose de l'épiploon hernié est, nous l'avons dit en commençant, une affection rare. Si NURDIN dans sa thèse rapporte 27 observations de tuberculose herniaire et vagino-péritonéale, il n'y a que deux observations où l'épiploon soit réellement en cause. La première est due à LARGEAU, de Niort, et fut l'objet d'un rapport de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE à la Société de Chirurgie. Elle est résumée ainsi dans la *Semaine médicale* :

« Le fait est assez rare pour mériter d'être rapporté avec quelques détails. Un enfant de cinq ans et demi, délicat, ayant perdu son père d'une affection tuberculeuse de l'abdomen, fut atteint d'une tumeur inguinale pas très douloureuse dans laquelle l'examen clinique révélait nettement l'existence de deux parties distinctes, une *hydrocèle vaginale* et une *épiplocèle* immédiatement superposée. La cure radicale appliquée permit de se rendre compte de la nature de cette altération épiploïque. *Il n'y avait pas de liquide dans le sac*, mais un peu d'adhérence. Un demi-litre d'ascite très claire s'échappa de la cavité péritonéale et l'examen histologique démontra nettement la nature tuberculeuse de cette épiplocèle. L'enfant guérit très bien. L'auteur se demande si l'affection était locale ou si elle était générale comme le ferait croire l'épanchement ascitique ; il est vrai que l'affection a fort bien guéri.

Quoiqu'il en soit il s'agit là d'un fait à peu près unique, l'examen histologique pratiqué dans le laboratoire de M. CORNIL offre toutes les garanties désirables ».

La seconde observation est due à Paul BERGER qui trouva dans un sac herniaire « une masse épiploïque étalée en nappe sur toute la surface interne du sac, épaisse d'un

(1) Thèse de NURDIN, Paris 1898.

centimètre au moins et semée de nodules crétacés. Au centre une petite cavité kystique large comme une noix était ménagée par l'enroulement du feuillet épiploïque, et remplie d'un liquide séro sanguin noirâtre, tout semblable à celui qu'on rencontre dans les sacs herniaires.

Il n'y avait pas trace d'intestin : le pédicule, gros comme le petit doigt, se prolongeait seul dans l'abdomen ; il fut lié et coupé, mais le décollement total du sac était impossible ; à l'orifice profond il adhérait intimement à la paroi interne de la veine fémorale et une dissection poussée plus loin n'eût pas laissé que d'être dangereuse. Suture, drainage. Guérison rapide, l'épiploon réséqué fut examiné au laboratoire de M. Mathias DUVAL où fut confirmé histologiquement le diagnostic anatomique porté pendant l'opération, de tubercules épiploïques (1). »

Indépendamment de la rareté des cas la localisation de la tuberculose à la portion épiploïque herniée n'est point sans surprendre. Il n'y avait en effet pas trace de péritonite tuberculeuse et si la portion de l'épiploon restée dans le péritoine était elle aussi probablement tuberculeuse elle devait être infiltrée par propagation. Quand le malade sortit de l'hôpital, cette partie épaissie et abdominale de l'épiploon n'avait encore donné naissance à aucun phénomène du côté de l'abdomen.

Il est possible que l'on n'en voie point survenir. Il nous semble même permis d'espérer que le fait d'avoir retiré de la plaie une portion de cet épiploon encore malade, que le fait d'avoir laissé pénétrer de l'air dans la cavité abdominale par l'orifice herniaire, amènent la guérison. C'est le même processus qui amène ordinairement la guérison de la tuberculose péritonéale suivant l'observation primitive de SPENCER WELLS.

Un autre point nous paraît encore remarquable. C'est l'apparition brusque de la tumeur. Si cette tuberculose de l'épiploon avait évolué dans une vieille épiplocèle on eût facilement compris l'invasion microbienne de cette portion herniée mal nourrie par un pédicule subissant une constriction permanente. Certes, cette portion de l'épiploon eut été en état de moindre résistance. Mais la lésion est apparue brusquement, la tumeur a atteint du premier coup le volume qu'elle présente au moment où nous voyons le sujet. Il faut donc bien admettre que la tuberculose épiploïque existait déjà au moment où l'épiplocèle s'est produite et que c'est une portion de l'épiploon déjà tuberculisée qui brusquement est descendue et s'est introduite dans le canal inguinal.

Cette portion devait habiter ordinairement la hernie. Elle devait être modifiée dans sa nutrition et dans sa structure et ces modifications en ont fait un point d'élection pour l'invasion de la tuberculose.

Quant à faire primitivement le diagnostic d'épiploïte tuberculeuse, c'était là chose impossible. Celui d'épiploïte avait été porté et, comme le dit NURDIN, celui d'épiploïte tuberculeuse n'était faisable que par ponction exploratrice et inoculation du liquide au cobaye.

(1) LEJARS. *Gazette des hôpitaux*, n° 88, pages 801-811.

En ce qui concerne l'évolution ultérieure de la lésion on sait combien les tuberculoses localisées du péritoine ont une tendance à évoluer spontanément vers la guérison et tout fait espérer que celle-ci sera définitive pour notre malade.

Deux cas de mérycisme

par les docteurs **G. Raviart** et **P. Caudron**

Les cas de mérycisme sont-ils rares, les observateurs dédaignent-ils de les recueillir ; toujours est-il que la littérature médicale de ces dernières années ne comprend qu'un fort petit nombre d'études consacrées à ce phénomène. C'est à peine si, depuis qu'il est étudié en France, on en a publié plus de deux cents cas, dont les plus connus sont les auto-observations de PERCY, de LAURENT, de CAMBAY, de Raphaël BLANCHARD et ceux rapportés par BOURNEVILLE et SÉGLAS dans la si remarquable « Etude Critique », qu'ils ont en 1883-84 consacré au mérycisme dans les *Archives de Neurologie*. Rappelons également le cas observé par DUVIVIER, dans le service de M. le professeur COMBEMALE et publié dans l'*Echo Médical du Nord* (1900, n° 8, p. 90).

Nos observations sont celles de deux mérycoles aliénés, seuls malades de l'Asile d'Armentières qui, à notre connaissance, aient présenté ce trouble sur près d'un millier de pensionnaires. Cette fréquence, on le voit, est loin d'atteindre celle constatée par BOUCHAUD en 1883 à l'asile de Lommelet, où, sur 571 malades, il comptait quatorze mérycoles dont onze étaient des idiots. Notre première observation est celle d'un adulte; la seconde, celle d'une fillette de dix-neuf-ans, seule mérycole sur environ cent enfants idiots ou épileptiques.

OBSERVATION I. — D. B... est né en 1861, de parents sur lesquels nous n'avons que peu de renseignements, qui, en tous cas, ne sont pas mérycoles. Il ne présente rien d'anormal du côté de ses facultés intellectuelles jusqu'au moment où, étant au régiment, apparaissent des idées délirantes de persécution, sous l'empire desquelles il se livre à des voies de fait contre un supérieur; conduit alors au cachot il met le feu à la paille, se livre à de nombreuses excentricités ; il est réformé peu après.

Sitôt admis à l'asile, on pose chez lui le diagnostic de mélancolie avec idées de persécution basées sur des hallucinations de l'ouïe. Son état ne s'améliore pas, toujours triste, taciturne, inactif, aussi incohérent dans ses propos que dans ses actes, répondant d'une

façon absurde aux questions qu'on lui pose, parfois troublé au point de déchirer ses vêtements, malpropre, sans être cependant gâteux, il finit par tomber dans l'état démentiel où il se trouve actuellement.

En 1884, lors de son arrivée à l'asile, D. B... n'était pas mérycole, ses dents étaient en excellent état, les digestions paraissaient s'accomplir normalement. Ce n'est qu'au bout de quelques années que les troubles survinrent, et à en croire l'entourage, ils seraient apparus à la suite d'excès commis par le malade ; devenu glouton, le repas terminé, il allait dérober des aliments qu'il avalait avec voracité; des régurgitations s'en suivirent, le mérycisme apparut, et, tel il se montra, tel il est depuis environ quinze ans.

La rumination s'est toujours accomplie de la même façon, quotidiennement et après chaque repas. Toujours aussi glouton, D. B... ne mâche pas ses aliments, les avale presque aussitôt portés à la bouche, et c'est un spectacle curieux de le voir, en peu d'instants, dévorer le contenu de plusieurs assiettes dans lesquelles pain, viande et légumes sont amoncelés.

Après un laps de temps variant de quelques minutes à deux où trois heures, très peu de temps après le repas le plus souvent, la rumination commence : elle se produit sans effort, la paroi abdominale ne semble pas intervenir, une inspiration assez forte marque le debut du phénomène.

D. B.... peut à volonté, quand les aliments sont remontés dans le pharynx, les introduire dans la bouche ou les avaler de nouveau. Si c'est à la première alternative qu'il s'arrête, il manifeste. dès que le bol arrive dans la bouche, les signes du contentement le plus évident, il passe la langue entre ses lèvres comme s'il dégustait et nous déclare ensuite : « Quand j'ai fini de manger, je remange parce que j'ai du plaisir ». Au moment où il parle, quelques éructions se produisent, puis il continue tranquillement sa rumination. Plus rarement et lorsqu'il ne se croit pas surveillé, il va contre un mur, rejette ses aliments dans sa main, se met à rire et les réingurgite.

D'autres fois, le phénomène ne se produit pas aussi facilement, notre malade se tire alors la langue avec la main, tousse et fait, comme il le dit, « repasser le manger ». Le nombre des régurgitations est variable, et nous avons remarqué qu'il est en rapport avec la nature des aliments ingérés : c'est ainsi que les haricots, par exemple, sont ruminés plus longuement que les pommes de terre.

Tous les aliments liquides ou solides ainsi ruminés, sont bons au dire du malade. Leur goût n'est pas modifié, et nous avons pu nous assurer qu'aucune odeur désagréable ne s'en dégage et qu'ils n'ont rien de commun avec les matières rejetées brusquement de l'estomac après un commencement de digestion. D. B... rumine toute la journée et ce n'est qu'aux approches du repas que le phénomène se ralentit.

La mastication et l'insalivation sont accomplies imparfaitement chez lui. On peut, du reste, constater l'insuffisance de son système dentaire ; il n'existe plus de dents au maxillaire supérieur, et, à la mâchoire inférieure, on ne compte plus que quatre incisives, une canine et deux molaires. Il a fort peu de salive, les aliments n'en sont guère imprégnés, et, après les repas, on peut constater la sécheresse de la langue.

Les joues sont pendantes, et, au moment du repas, elles permettent au malade d'y loger momentanément ce qu'il ne peut avaler de suite. Le réflexe pharyngien est aboli. L'estomac fait une légère saillie à l'épigastre, il est du reste dilaté et la percussion montre qu'il s'étend jusqu'à l'ombilic ; il est le siège d'un bruit de gargouillement qu'il est possible d'entendre à une certaine distance.

L'intestin paraît fonctionner normalement et les selles du malade sont du reste à peu près normales.

Ce n'est pas à dire cependant qu'il n'existe pas de troubles digestifs chez lui. La quantité d'aliments qu'il ingère est telle que des phénomènes d'intolérance doivent se produire, aussi peut-on le voir, tandis qu'il se promène dans la cour, rejeter parfois sur le sol une quantité plus ou moins grande d'aliments incomplètement digérés et dégageant une odeur désagréable, il est fréquent aussi de retrouver, le matin, son vase de nuit rempli de matières vomies, nauséabondes, dans lesquelles se retrouvent souvent intacts des aliments provenant de l'avant-dernier repas.

Très probablement des troubles du chimisme stomacal existent chez ce malade dont l'estomac est dilaté, l'indocilité du sujet ne nous a malheureusement pas permis de nous en assurer par des recherches spéciales. Quoi qu'il en soit, l'état général est bon. D. B... ne souffre pas de son mérycisme ; ruminer est peut-être même pour ce malheureux la seule satisfaction qu'il soit encore capable d'éprouver.

Observation II. — Elle concerne une petite malade entrée à l'asile en 1893 et morte l'année dernière de tuberculose pulmonaire. C'était une fillette de dix-neuf ans, appartenant à une famille fortement entachée d'hérédité névropathique, mais dans laquelle on n'a jamais observé le mérycisme. Elle même était atteinte d'idiotie consécutive à des convulsions de l'enfance, elle était, en outre, sujette à de nombreuses attaques d'épilepsie.

Ce n'est que cinq ou six ans après son entrée que le mérycisme fut observé chez elle. Nous ne pouvons dire à la suite de quelles circonstances le phénomène apparut, mais nous savons que A. D... était devenue à cette époque beaucoup plus gloutonne qu'au début : elle avalait les aliments sans les mâcher et elle entrait dans de violentes colères lorsqu'on ne les lui présentait pas assez vite. De plus, on devait la surveiller, d'une façon toute particulière, pour l'empêcher de dérober aux autres malades la viande dont elle était extrêmement friande. Elle buvait fort peu.

Le mérycisme apparaissait chez elle après chaque repas. Il débutait aussitôt après que les aliments étaient ingérés et il durait presque jusqu'au repas suivant. A toute heure de la journée, on voyait la malade mâcher ses aliments et on pouvait lire sur son visage tout le plaisir qu'elle y prenait. Elle allongeait le cou, provoquait une éruction et les aliments remontaient dans la bouche avec un bruit de glou-glou. Tantôt A. D... se bornait à les faire revenir dans la bouche, tantôt elle les rendait dans sa main ou sur le sol, où elle les

reprenait ensuite. Si on essayait alors de les lui retirer, elle se fâchait.

Les aliments ainsi ruminés revenaient secs et avec leur apparence première : elle ruminait surtout la viande qu'elle préférait avant toute autre chose. Elle ruminait peu la purée de pois qu'elle n'aimait pas ou bien elle la rejetait au lieu de la soumettre à la mastication.

Notons ici qu'à son retour dans la bouche, le bol alimentaire ne dégageait aucune odeur désagréable. Les liquides étaient également ruminés et alors que la malade était au régime lacté absolu, le mérycisme se produisait. La paroi abdominale ne présentait pas de contraction appréciable lors du début du phénomène. A. D... ruminait aussi bien debout et assise que couchée. On n'a jamais remarqué qu'elle ruminât la nuit.

Comme nous le disions au début de cette observation, elle présentait certains jours de nombreuses attaques d'épilepsie ; il nous paraît intéressant de dire ici quelques mots de l'influence de ces attaques dans le mérycisme Au moment même de l'attaque, tout phénomène est naturellement suspendu, mais peu de temps après sa fin, alors même que la malade étendue à terre était à peine sortie de la période de torpeur consécutive à la crise, la rumination recommençait.

Enfin, la tuberculose pulmonaire à laquelle elle succomba n'eut aucune action sur le mérycisme que l'on put observer jusqu'à la fin. La toux, si fréquente à ce moment, n'apportait aucun dérangement dans la rumination et ne déterminait pas de vomissements.

Comme chez bon nombre de mérycoles, le système dentaire était en mauvais état ; de nombreuses dents étaient gâtées, il manquait quelques molaires. L'estomac était dilaté, fréquemment le siège d'un bruit de clapotage que l'on entendait à distance et l'ingestion des liquides était accompagnée d'un glou-glou caractéristique.

La digestion paraissait s'accomplir assez régulièrement, toutefois on retrouvait dans les salles des pois verts et des haricots non modifiés par les sucs digestifs, nous avons déjà dit que notre malade n'aimait pas ces aliments.

En résumé : chez un aliéné sans antécédents héréditaires connus et chez une idiote épileptique présentant des antécédents héréditaires d'ordre névropathique, le mérycisme, non observé chez les ascendants, apparaît chez le premier vers vingt-huit ans, chez la seconde vers quinze ans, très vraisemblablement à la suite d'indigestions dues à leur voracité, favorisées par le mauvais état de leur appareil dentaire. Le phénomène se montra avec ses caractères ordinaires, se produisant sans efforts, agréable aux malades. Il n'était chez notre petite malade, influencé ni par les crises d'épilepsie, ni par l'évolution de la tuberculose pulmonaire ; la toux n'y apportait aucune modification.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 24 Mars 1905

Présidence de M. Ausset, vice-président.

Prolapsus vulvaire du fond de l'utérus ; péritonite tuberculeuse enkystée dans une hédrocèle

M. Le Fort lit une communication qui est *publiée in-extenso dans le présent numéro.*

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La mise en adjudication des soins médicaux dans les établissements militaires de l'artillerie.

Dans la séance du Sénat du 7 avril 1905, au cours de la discussion du budget du ministère de la guerre, notre confrère M. Pedebidou, sénateur, a attiré l'attention du ministre sur une question qui intéresse particulièrement nos confrères de Douai : la mise en adjdication des soins médicaux dans les établissements militaires de l'artillerie.

C'est l'Etat qui acquitte les honoraires payés aux médecins pour les soins donnés aux ouvriers des établissements militaires. Depuis quatre ou cinq ans, le service médical a été mis en adjudication.

M. Pedebidou s'est élevé contre ce système qui ne respecte pas la liberté des ouvriers et ne tient aucun compte de la valeur professionnelle des médecins, et il a proposé la solution suivante :

« Je ne demande pas que les sommes allouées annuellement aux directeurs des établissements militaires pour les soins médicaux à donner à leurs ouvriers soient augmentées, mais que, la liberté étant donnée à chaque ouvrier de choisir son médecin, tous les ans, les ouvriers soient invités à faire choix d'un médecin. A la fin de l'année, le crédit mis à la disposition des directeurs des établissements serait partagé entre tous les médecins qui auront donné leur adhésion à ce régime de liberté, au prorata des visites faites par chacun d'eux.

» Dans le cas où le chiffre global représenté par l'ensemble des visites dépasserait la somme allouée pour l'ensemble du service, on opérerait sur le prix de chaque visite la réduction nécessaire pour que la dépense annuelle ne dépasse pas le chiffre total mis annuellement à la disposition des directeurs des établissements par le ministère de la guerre, et je suis convaincu à l'avance que ni les médecins ni les ouvriers n'élèveraient d'objection contre ce système qui a le double avantage de sauvegarder la liberté des ouvriers et la dignité des médecins. »

M. le ministre de la guerre a reconnu, dans la réponse, les graves défectuosités du système de l'adjudication et « la nécessité d'envisager et d'étudier un autre système qui n'ait pas l'in-

convénient d'apparaître comme traitant au rabais la santé de nos ouvriers. Il pourra sans doute se rapprocher beaucoup de celui qu'exposait tout à l'heure mon honorable ami, M. le sénateur PEDEBODON, et être basé dans une certaine mesure tout au moins, sur le fonctionnement et les tarifs de l'assistance médicale gratuite ».

Toutefois, le ministre de la guerre a fait quelques réserves en ce qui concerne les ouvriers des poudreries qui, sujets à certains accidents professionnels spéciaux, auraient intérêt à être soignés par des médecins ayant de ces affections une connaissance approfondie, c'est-à dire, voyant tous ceux ou presque tous ceux qui en sont atteints.

On ne peut que féliciter notre confrère PEDEBIDOU d'avoir attiré l'attention du Sénat et du ministre sur le déplorable système de l'adjudication des soins médicaux.

Toutefois, il semble que, les ouvriers dans les établissements militaires n'étant pas des indigents, les médecins qui leur donneront leurs soins doivent être rétribués non d'après le tarif de l'assistance médicale gratuite, mais d'après le tarif ouvrier.

De toutes façons, d'ailleurs, la suppression de l'adjudication améliorera une situation qui n'était compatible ni avec la dignité médicale, ni avec le libre choix du médecin par le malade Dr X.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Sous le titre **Les applications dermatologiques du thiol**, le docteur LEREDDE fait remarquer que le thiol, produit de synthèse de corps provenant de l'huile de goudron de lignite, est un médicament dont les propriété générales sont celles des réducteurs ; avides d'oxygène, les réducteurs d'après UNNA privent les microbes de l'oxygène indispensable à leur vie, sont donc antiparasitaires, relevant le processus de kératinisation de l'épiderme et diminuent le calibre des vaisseaux du derme, réalisant ainsi l'action antiphlogistique et l'action antiprurigineuse. Le thiol, agent facile à manier, actif sans être dangereux, mérite d'être employé largement en dermatologie. En badigeonnages, en solution aqueuse ou en glycéroles, il complète la régression de l'eczéma aigu des dermatites artificielles ; mais c'est surtout lorsqu'il y a prurit dans l'eczéma aigu, les séborrhéides, qu'il est utile et efficace, de même dans l'intertrigo, à la condition d'augmenter graduellement la teneur en thiol des liquides qui le véhiculent. Dans les maladies du cuir chevelu, le thiol peut être incorporé à toutes les préparations qu'on emploie, étendu de moitié d'eau ou d'alcool sur les pityriases de cette région.

Dans les prurits de tout genre, le réducteur peu dangereux qu'est le thiol est utile, mais on ne doit lui attribuer aucune valeur spécifique. Prurigo, prurit vulvaire, urticaire, lichen plan sont tributaires du thiol ; mais si la peau est lésée, il convient lors d'altérations superficielles, si le prurit est chronique, on ne peut amener que du soulagement.

On le prescrira à raison de 5 à 10 de thiol pour 100 de pâte de 0,5 à 1 pour 100 d'eau bouillie pour pansements humides ou pulvérisations. Dr F. C.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

La Magie chez les Peaux-Rouges

Le Bureau d'ethnologie des Etats-Unis, nous apprend le Pr THINKER, s'est livré récemment à une enquête spéciale sur la magie chez les Peaux-Rouges et a constaté que les magiciens de la Prairie accomplissent des prodiges qui rappellent ceux des fakirs hindous.

Il est certain que certaines tribus, telles les Chippewas, ont développé au plus haut degré l'art de la sorcellerie. Les missionnaires catholiques et d'autres témoins assurent avoir vu des arbres, capables de devenir centenaires, pousser dans des prairies toutes nues et atteindre en quelques minutes une hauteur de deux à trois pieds, et cela sous l'influence de quelques incantations et de quelques pratiques incompréhensibles.

Ce fait, qui est comparable à celui de la croissance du mangoustan, opérée dans des conditions analogues par les fakirs de l'Inde, paraît absolument inexplicable. Les pieds obtenus en quelques minutes par les magiciens peaux-rouges seraient, dans des conditions normales, des plantes de douze ans. Mais ce tour est encore dépassé, peut-être, par un autre qui fut raconté à l'un des commissaires du Gouvernement par un Père jésuite, qui affirme avoir vu, pendant son séjour parmi les Arapahoes et les Cheyennes, deux magiciens faire pousser de l'herbe sur un terrain où n'existait pas le moindre vestige de végétation. Ce fut une affaire de quelques minutes, il y avait là un carré d'herbes. Il les avait vues germer et croître de ses propres yeux...

Parmi les Chippewas existe une classe de magiciens qu'on appelle des « rêveurs », et qui passent pour avoir la faculté de manier impunément des pierres chauffées au rouge ou de plonger sans dommage leurs mains dans l'eau bouillante. Le manieur de feu serait vu parfois la nuit se déplaçant rapidement dans les airs sous la forme d'une boule de feu ou n'ayant de visible que ses yeux de feu, ressemblant à ceux de quelque bête monstrueuse. Le docteur W.-J. HOFFMANN, du bureau d'ethnologie, connaissait l'un des magiciens qui, en toute saison, tirait de sa bouche des cerises rouges mûres. Il avait aussi un sac magnifique qui courait sur le sol comme un être vivant, mais M. HOFFMANN pensait que ce sac pouvait renfermer un rat ou un autre petit mammifère vivant.

Ce même investigateur a vu un magicien, MENOMINI, faire sortir des serpents vivants d'un sac vide. Ce sac était de flanelle rouge, large d'environ 20 pouces, profond de 30 pouces, et le sorcier le tenait par les deux angles avec les doigts, comme pour le vider. Il le roulait ensuite dans ses mains comme une

balle, pour montrer qu'il n'y avait rien dedans. Il le reprenait alors par ses angles supérieurs et, le tenant en l'air dansait doucement. On voyait alors apparaître, au sommet du sac, deux têtes de serpents, qui émergeaient graduellement jusqu'à ce que le corps fût dégagé d'un demi-pied environ. De temps à autre, les serpents replongeaient dans le sac pour en ressortir et ainsi de suite. Lorsqu'ils avaient disparu définitivement, le magicien roulait le sac avec force et le plaçait dans son sein. Une fraude n'est évidemment pas exclue ici, les serpents pouvant être attachés dans le sac par un lacet.

Il est moins facile d'expliquer le fait suivant, arrivé à M. Lewis Cass. Il était allé représenter le gouvernement dans une conférence avec les Indiens, à Mackinaw, et dans le cours d'une danse de cérémonie à laquelle il assista, il remarqua une vieille femme Ojibway qui prit une grande part aux exercices. Il demanda pourquoi cette femme avait joué ce rôle ; elle lui semblait peu intéressante, elle n'avait rien dit et ne faisait que secouer son sac (médecine bag) à peau de serpent. La vieille femme, qui avait mal compris son observation et dans tous les cas l'avait mal prise — elle passait pour une puissante sorcière auprès de son peuple — se trouva offensée et sans avertissement lança son sac vers M. Cass — c'est lui-même qui l'a raconté — et ce sac à peau de serpent se transforma en un véritable serpent vivant qui s'élança vers l'homme d'Etat. Il se sauva à toutes jambes, en poussant des cris affreux, et la vieille ramassa le serpent, qui reprit aussitôt l'aspect d'un sac à peau de serpent sèche.

Les magiciens peaux-rouges prétendent qu'ils ne peuvent faire leurs tours qu'avec l'aide des divinités de la tribu : La connaissance de l'avenir s'obtient généralement par une consultation spéciale des divinités dans la soi-disant «loge magique» : celle-ci, qui consiste en un bâtis cylindrique en écorce de bouleau, dont la charpente est formée par de minces baguettes, est bien juste assez grande pour loger un homme debout. Dès que le magicien est entré dans la loge, celle-ci se met à osciller violemment, et il se fait en même temps un grand bruit de clochettes et de cornes de daim suspendues au sommet des baguettes. On entend alors une conversation entre trois voix : une voix forte (celle du grand esprit), une voix faible (celle du petit esprit) et celle de l' « homme mystérieux ».

(*La Médecine orientale*).

Les « Coquilles »

Il est rare que dans un journal ne se glissent pas des erreurs d'interprétation de copie, des altérations de mots dénaturant souvent la pensée de l'écrivain et lui donnant même un sens opposé, à la grande joie des lecteurs. On a fait de véritables recueils de ces *lapsus calami*.

Voici ce que les typographes appellent une « coquille » : On compose, par exemple, le mot *calotte*. Dans la casse où sont placés les caractères, une lettre a été mal classée, ou bien l'ouvrier, dans la hâte du travail, se trompe de rangée et au lieu de l'*a* aligne un *u*. Voilà culotte, et si le correcteur ne s'aperçoit pas de l'erreur, il se produira peut-être un petit scandale à la lecture du journal ou du livre. J'ai trouvé précisément cette coquille dans un paroissien de Mgr Affre, où l'on avait voulu mettre : « Ici le prêtre retire sa *calotte* », et je vous prie de croire que la phrase ainsi modifiée était plutôt réjouissante.

Le plus souvent, les erreurs typographiques sont banales, mais parfois cependant il s'en rencontre d'amusantes. En voici quelques-unes :

En annonçant la mort d'un grand avocat, un journal écrivait : « Il a *braillé* pendant 25 ans ». C'est *brillé* qu'on avait voulu dire. La coquille suivante du *Journal des débats* est du même ordre : « Nous avons à déplorer la perte d'un homme de *rien* », pour de *bien*. Alphonse Karr avait écrit un jour : « La vertu doit avoir des *bornes* ». Mais le typographe composa : La vertu doit avoir des *cornes*. » Annonçant le départ d'un magistrat distingué, le *Progrès de X...* déclarait : « Sa grande *rapacité* avait été remarquée dès son arrivée parmi nous ». C'était *capacité*, bien entendu, qu'on avait voulu dire. Il y a quelques années, un médecin avait écrit un livre sur le traitement des aliénés. Il remarqua sur les épreuves qu'une citation n'avait pas été précédée de guillemets et il écrivit en note à la dernière page : Il faut *guillemeter* tous les *alinéas* ». Quelle ne fut pas sa stupéfaction en lisant, quelques jours après, cette phrase à la fin de son ouvrage : « Il faut *guillotiner* tous les *aliénés* ».

Dans les *Petites Affiches*, j'ai trouvé cette annonce : « Belle *femme* à vendre ou à louer ». Naturellement, il s'agissait d'une *ferme*.

Une amusante coquille est celle qui se glissa dans un ordre de service publié à Portsmouth, en Angleterre, pour la réception officielle du duc de Cornouailles. Il devait contenir cette prescription : « Men, n° 1 dress and hats », ce qui veut dire : les hommes mettront l'uniforme et la coiffure n° 1. Mais l'imprimeur se trompa de telle sorte que, sur l'épreuve figura cet ordre extraordinaire : « Men not dress and hats », c'est-à-dire : Les hommes n'auront ni vêtements ni coiffures. Aoh ! schoking !

Parlant d'une séance orageuse de la Chambre des députés, un journal écrivit : « Dès deux heures, tous les *gredins* sont pleins ». C'est *gradins* qu'on avait voulu dire.

Une coquille macabre, mais si drôle, est celle-ci, cueillie il y a quelques années dans une grande revue parisienne : « Dans le trou, le fossoyeur prend les os et les passe à son camarade qui, tranquillement, les *ronge* un à un ». Ronge pour *range* était une trouvaille.

Enfin, dans un journal de la Lozère, il a été trouvé cette coquille : Notre sympathique député est entré en convalescence. Avec beaucoup de *foins* la guérison ne peut manquer d'être prompte.

Restons sur cette perle, car la liste est interminable.

(*Journal de médecine de Paris*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Congrès

Le **Congrès** pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, qui avait été annoncé comme devant avoir lieu le 8 mai 1905, sous la présidence de M. le professeur BROUARDEL, est reporté à l'année prochaine et la date définitive est fixée au 30 avril 1906.

— Le **Congrès d'hygiène sociale** qui s'est tenu l'an dernier à Arras, se tiendra les 19, 20 et 21 mai prochain à Montpellier. Il est organisé sous les auspices de l'Alliance d'hygiène sociale que préside M. CASIMIR-PÉRIER. Le Comité local est présidé par le professeur GRASSET.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont nommés *Chevalier* : M. CHAMBARD-HÉNON, de Lyon ; *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs AUCHÉ et GIRARD, de Bordeaux ; *Officiers d'académie* : MM. les docteurs DISDIER et LACONCHE, de Bordeaux.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs SOUPAULT, médecin des hôpitaux de Paris ; TOUSSAINT, de Colombey-les-Belles (Meurthe-et-Moselle) ; Henry VIAUD-GRAND-MARAIS, de Nantes.

BIBLIOGRAPHIE

Précis des accidents du travail, médecine légale, jurisprudence, par MM. Gustave OLLIVE, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, médecin des hôpitaux, membre correspondant de la Société de médecine légale de France ; Henri LE MEIGNEN, médecin suppléant des hôpitaux, chef des travaux physiologiques à l'Ecole de Médecine de Nantes. Avec la collaboration (pour la partie ophthalmologique) du Dr E. AUBINEAU, chirurgien-adjoint de l'hôpital civil de Brest. Préface de MM. BROUARDEL, BENOIT, CONSTANT. — Un volume in-18, de VIII-612 pages, cartonné, F. R. DE RUDEVAL, éditeur, 4, rue Antoine Dubois, Paris (VIe).

Les Accidents du Travail ont depuis la loi du 9 avril 1898 créé aux médecins des droits et des obligations exigeant des connaissances un peu speciales ; les magistrats et les avocats ont eu à appliquer ou à étudier une législation nouvelle ; enfin les ouvriers et les patront ont à se préoccuper des avantages ou des charges que leur confère ou leur impose l'application de la nouvelle Loi.

C'est donc un travail éminemment utile à tous qu'ont entrepris MM. les docteurs Gustave OLLIVE et Henri LE MEIGNEN, bien placés d'ailleurs pour l'exécution d'une pareille tâche. Ils ont compris toute l'importance que pouvait avoir pour les uns comme pour les autres la solution des multiples questions soulevées presque chaque jour par les accidents du travail, leurs conséquences et leurs suites.

Leur Précis, très clair quoique concis, montre bien par son sous-titre ; jurisprudence-médecine légale, dans quel esprit il a été conçu.

L'ouvrage est divisé en trois parties.

Dans la première partie sont étudiés les faits visés par la loi, la définition de l'accident de travail, sa distinction avec la maladie professionnelle. Puis plusieurs chapitres des plus intéressants sont consacrés à l'étude des affections d'interprétation difficile tels que hernie, orchite par effort, lumbago etc., qui donnent si souvent lieu à discussion.

Cette première partie où la jurisprudence est très soigneusement étudiée pourra fournir aux magistrats et aux avocats d'utiles renseignements.

La deuxième partie est surtout la partie médicale. Elle est consacrée aux suites de l'accident, aux maladies post-traumatiques, maladies infectieuses, maladies de la nutrition, maladies des divers organes. Puis viennent trois chapitres visant plus spécialement les intérêts professionnels du médecin dans les accidents du travail (droit du blessé aux soins médicaux, médecine des accidents, honoraires médicaux.)

Dans la troisième partie sont successivement étudiées la consolidation de la blessure, l'expertise médico-légale, la simulation, les incapacités permanentes et leur évaluation dans la diminution de l'aptitude professionnelle de l'ouvrier.

Cette partie devra tout particulièrement intéresser ceux pour lesquels la loi a constitué des avantages ou des charges, c'est-à-dire les ouvriers, les patrons et les assureurs.

Dans le cours de leur livre, MM. les docteurs OLLIVE et LE MEIGNEN n'ont pas hésité à signaler les lacunes que leur semblait présenter la loi de 1898, et à indiquer les modifications et les perfectionnements dont cette loi pourrait être l'objet dans l'intérêt de tous.

Le patronage donné à cet ouvrage par MM. le professeur BROUARDEL, le président BENOIT, de la Cour d'appel de Paris, et Me CONSTANT, secrétaire de la Société de médecine légale de France, montre assez dans quelle estime il doit être tenu.

Le Précis se termine par un assez grand nombre de rapports.

Enfin un répertoire alphabétique renvoie immédiatement au paragraphe et facilite beaucoup les recherches.

De l'iboga et de l'ibogaïne, par le docteur A. LANDRIN, Paris, 1905, 1 vol. in-8, 128 pages avec figures dans le texte — Librairie Jules Rousset, 1 rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince.

L'Iboga est une plante des tropiques rapportée du Congo par M. DYBOWSKI. Elle appartient à la famille des Apocynacées et rentre dans le genre Tabernanthe. L'auteur en fait une étude très complète au point de vue botanique et matière médicale.

Les nègres l'utilisent comme stimulant et la recherchent avec un soin précieux ; ils en mâchent la racine pour se donner des forces nouvelles.

Cette racine renferme un alcaloïde isolé par M. Ed. LANDRIN qui lui a donné le nom d'Ibogaïne. C'est un corps cristallisable donnant des sels non cristallisables ; le chlorhy-

drate d'ibogaïne au contraire cristallise facilement. C'est à l'heure actuelle le seul sel employé en thérapeutique.

Le docteur Alb. LANDRIN a étudié l'ibogaïne au point de vue pharmacodynamique avec M. le docteur CHEVALIER, dans le laboratoire de M. le Professeur POUCHET.

L'action physiologique porte sur le système nerveux, sur le système circulatoire, et la nutrition.

A doses faibles, l'ibogaïne augmente l'excitabilité nerveuse psychique et médullaire; c'est un névrosthénique.

L'action sur le système circulatoire est un peu comparable à celle de la digitaline On note une amelioration, puis un ralentissement des pulsations, avec abaissement de la pression sanguine. L'énergie des contractions cardiaques est notablement accrue.

A petites doses l'ibogaïne provoque une augmentation des échanges nutritifs, des échanges respiratoires, et favorise les processus d'assimilation et de désassimilation.

En résumé l'ibogaïne est un névrosthénique, un toni-cardiaque, et un excitant de la nutrition.

Les doses thérapeutiques employées sont de 10 à 30 milligrammes par jour.

Comme l'a montré M. le Professeur HUCHARD, le chlorhydrate d'ibogaïne est utile dans les états neurasthéniques, dans l'atonie cardiaque et dans les convalescences des maladies graves.

Médecine de l'enfance jusqu'à l'adolescence, par le docteur E. MONIN, 1 volume in-16, cartonné, A. MALOINE, libraire-éditeur, 25-27, rue de l'Ecole de-Médecine, Paris.

En 420 pages et 29 chapitres, le docteur MONIN a accompli ce tour de force de vulgariser (pour le praticien non specialiste et pour les gens du monde) les données les plus essentielles relatives à la médecine infantile, jusqu'à l'adolescence. La puériculture y est comprise d'une manière nouvelle et originale, en des diathèses pour étudier ensuite les maladies évitables, les états nerveux et les troubles organiques et fonctionnels plus particuliers au jeune âge. Sans faire (une fois de plus) l'éloge du style précis et coloré de l'auteur (dont le talent littéraire agrémente les sujets les plus ardus), recommandons spécialement *Médecine de l'Enfance* à ceux qui sont soucieux du chapitre des traitements, développé, toujours avec le plus grand, par le thérapeute.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

16e SEMAINE DU 16 AU 22 AVRIL 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	2
3 mois à un an	8	7
1 an à 2 ans	2	1
2 à 5 ans	1	»
5 à 20 ans	4	1
20 à 60 ans	19	10
60 ans et au-dessus	15	15
Total	53	36

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	6	3
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	1	»	2	1	4	1	»	»	»	»	»	5	17	15
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	2	1	»	»	»	»	1	»	»	3	9	19
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	4	»	»	1	»	»	2	1	»	1	3	»	»	»	»	»	4	16	24
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	2	6	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	»	»	3	1	»	1	»	»	»	»	»	4	12	9
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	5	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	10
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	2	»	»	5	11	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	6
Total	»	»	»	3	»	17	1	2	3	2	2	3	10	5	6	5	»	»	3	»	»	28	88	124

N° 434. Neuvième Année. N° 19. Le Numéro : **10** centimes 7 Mai 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT *5 fr. par an.* Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS *3 fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos d'un cas d'acné hypertrophique du nez
Son traitement instrumental

par le docteur **H. Gaudier**, professeur agrégé

L'acné hypertrophique, terme ultime du développement de la couperose, peut être défini : une inflammation chronique du derme de la peau du nez, surtout à sa base, ayant son point de départ dans l'appareil sébacé et entraînant une hypertrophie très accentuée des téguments, une sorte de pachydermie et par suite une déformation monstrueuse de l'organe. C'est une affection de l'âge mûr, de soixante à soixante-dix ans, en général. Cet âge correspondant il est vrai à la période d'état de la maladie au moment où la difformité devenant de plus en plus gênante, les malades se présentent au médecin pour être débarrassés. Comme la marche de l'affection est très lente on peut ramener le début de l'affection à 40, 45 ans environ. Apanage presque exclusif de l'homme, l'acné hypertrophique reconnaît une action prédisposante certaine créée par des poussées successives d'érysipèles de la face où par la couperose acnéique. De nombreuses causes externes, irritatives, des causes internes parmi lesquelles l'alcoolisme et l'arthritisme, des causes anatomiques, c'est-à-dire la structure même de la peau du nez, entrent encore en jeu dans la production de l'acné hypertrophique. Au point de vue symptomatologique, l'hypertrophie du nez peut se faire uniformément donnant à l'organe un volume double de l'état normal, et cet aspect « en pomme de terre » ; d'autres fois au contraire, le nez se compose d'un nombre variable de tumeurs molles plus ou moins pédiculées, plus ou moins volumineuses, séparées par de sillons profonds quelquefois comblés par de la matière sébacée grisâtre, sécrétée par des glandes, dont l'orifice volumineux conduit dans de vastes cavités. Donc deux formes d'hypertrophies très différentes. La peau qui recouvre le nez présente une teinte vineuse qui est souvent aussi celle des téguments voisins. Elle est sillonnée de grosses veines variqueuses, principalement au niveau des lobules, souvent aussi parsemée d'éminences papilliformes, qui lui donnent l'aspect d'une peau d'orange à gros grains ; enfin l'abondance de graisse sécrétée donne au nez un aspect luisant très particulier. Cette hyper-

trophie monstrueuse, qui peut donner lieu à des tumeurs dont le volume est tel que les narines sont obstruées, la respiration par le nez étant impossible, tumeurs qui recouvrent dans quelques cas la lèvre supérieure et tombent devant la bouche, ne donne pas lieu à des troubles *physiques* bien accentués. Il y a de la gêne, une sensation de pesanteur, mais très rarement de la douleur. Les troubles *moraux* sont plus importants car les malades atteints d'une pareille infirmité sont des hypocondriaques qui finissent par ne plus oser sortir par peur du ridicule, et dont le désespoir dans quelques cas a été tel qu'ils ont été incités au suicide.

L'acné hypertrophique a été quelquefois confondu avec l'éléphantiasis, et OLLIER (1), dans son mémoire de 1876, prétendait que toutes les tumeurs que nous considérons aujourd'hui comme de l'acné hypertrophique étaient de nature éléphantiasique. Ces deux affections ont en effet un point commun : l'hypertrophie du derme et du tissu conjonctif sous-cutané, mais l'évolution, le siège, la symptomatologie et l'anatomie pathologique de l'éléphantiasis le séparent très nettement de l'affection que nous venons de décrire. L'éléphantiasis est rare en Europe, siège surtout aux membres inférieurs, évolue avec des phénomènes aigus : poussées de lymphangite se répétant de temps à autres, hypertrophie des ganglions lymphatiques, etc., de plus le siège primitif de la lésion est dans le système lymphatique. Dans l'acné hypertrophique il s'agit d'hypertrophie et d'hyperplasie sébacées avec transformations fibreuses du tissu conjonctif du derme, la sclérose étant surtout marquée autour de chaque glande sébacée.

A sa période de début, comme à sa période d'état, l'acné hypertrophique est justiciable du traitement chirurgical simple (pointe de feu, électrolyse) ou compliqué (décortication du nez, autoplastie, etc.)

Lorsqu'il n'existe qu'un *épaississement modéré des narines*, une augmentation *légère* diffuse du volume du bout du nez et une rougeur éclatante de l'organe, il existe divers moyens que nous allons examiner rapidement et qui d'ailleurs sont plutôt du domaine du dermatologiste.

La *scarification linéaire*, définitivement réglée et adaptée à son but par VIDAL et BESNIER ne donne que des résultats fort imparfaits, quelquefois assez satisfaisants, plus souvent presque nuls ou tout à fait nuls.

(1) OLLIER, Bulletin Acad. Médecine, 1876.

Aussi vaut-il mieux employer l'*électro-cautérisation* avec les grilles à quatre ou huit pointes portées au rouge sombre. On ratisse pour ainsi dire les tissus, il se forme une eschare noirâtre qui, à sa chute, laisse une surface dont la cicatrisation est rapide ; on peut faire un certain nombre de séances, tous les dix à quinze jours, et on arrive ainsi à avoir une surface lisse sans brides chéloïdiennes. Si les tissus hypertrophiés sont trop volumineux, au lieu de cautérisation en surface on peut utiliser les pointes de feu aussi fines que possible, avec la pointe du galvano-cautère. Il faut avoir soin d'espacer d'environ cinq millimètres les ignipunctures pour ne pas avoir une destruction en masse, laquelle pourrait entraîner à sa suite des cicatrices vicieuses. On fait ainsi, à deux à trois semaines d'intervalle, des séries de cautérisations en touchant dans les séances ultérieures les points primitivement respectés. Les soins consécutifs sont des plus simples : on nettoie, matin et soir, avec de l'eau boriquée et on panse ensuite à la vaseline boriquée. Si l'inflammation est trop vive, on applique des pansements humides permanents.

BROCQ a conseillé l'électrolyse selon le procédé suivant : introduire l'aiguille électrolytique en platine irridié et reliée au pôle négatif, dans l'intérieur des orifices sébacés à une profondeur variable suivant l'épaisseur des téguments, faire passer un courant suivant la douleur éprouvée, de 1 1/2 à 5 milli-ampère. Quand les orifices sébacés sont très dilatés, on fait exécuter à l'aiguille des mouvements de circumduction, ce qui permet au courant d'agir sur toutes les parois du conduit et ce qui facilite la sortie des matières grasses. Lorsqu'on a fait un nombre de piqûres suffisant, on badigeonne avec de l'alcool camphré. Tous les deux jours on fait la même opération électrolytique pour détruire toutes les glandes. Il faut agir aussi sur les dilatations vasculaires avec des aiguilles plus fines, coudées à angle obtus, à sept ou huit millimètres de la pointe, toujours réliées au pôle négatif. On pique la variquosité, on imprime à la partie coudée de l'aiguille une direction parallèle aux téguments, on cathétérise en quelque sorte le vaisseau et on fait passer le courant avec précaution pour n'avoir qu'une destruction très limitée au vaisseau.

Le seul désavantage de ce procédé c'est qu'il exige de nombreuses et longues séances opératoires.

Arrivées à leur période de *complet développement*, les masses hypertrophiques sont *pédiculées* ou *sessiles*,

comme nous l'avons dit ; elles sont justiciables alors d'un traitement vraiment chirurgical.

Tumeurs pédiculées. — Le chirurgien n'a que l'embarras du choix si la tumeur est nettement pédiculée et s'il existe des intervalles de peau saine. Le pédicule sera coupé au ras de la peau, au bistouri, au ciseau ou au thermo-cautère; la plaie sera suturée immédiatement ou bien cautérisée au fer rouge; en tous cas la guérison sera, dans ces formes relativement limitées, facile et rapide.

Tumeurs sessiles. — Lorsque l'hypertrophie a produit des masses sessiles, comprenant une grande étendue de la peau du nez, il faut procéder à l'extirpation de ces masses, en pratiquant l'opération qu'Ollier a désignée sous le nom de « décortication du nez ». Cette opération consiste simplement dans la mise à nu de la charpente ostéo-cartilagineuse du nez, sur toute l'étendue du mal. Selon l'expression de Poncet le chirurgien « fait avec les pinces et un » bistouri ce que l'on fait avec les doigts, en enlevant » le brou d'une noix fraîche sans briser la coque, en » enlevant l'écorce d'une branche sans toucher au » bois » (1).

La décortication du nez peut être pratiquée soit à l'aide du thermo-cautère, soit avec le bistouri.

Décortication au thermo-cautère. — On a représenté à tort Ollier comme l'auteur et le partisan de la seule décortication au fer rouge. Il suffit de lire son beau travail pour se convaincre qu'il n'a pas rejeté les autres moyens, puisqu'il les a même employés avec son habileté ordinaire, mais qu'en préconisant la décortication, au fer rouge, il a tout simplement choisi le meilleur procédé pour son époque. Il vit en effet dans l'emploi du bistouri une source de dangers par les hémorrhagies immédiates et secondaires, par les érysipèles qui en étaient si souvent la conséquence, et c'est pourquoi au bistouri il substitua le cautère « grâce auquel il pouvait disséquer et enlever sans » perdre une goutte de sang, toute la masse hyper» trophiée, prévenant du même coup les hémorrhagies » secondaires et les érysipèles ».

Le manuel opératoire indiqué par Ollier dans son rapport à l'Académie, n'a pas varié, sauf que les anciens cautères ont été remplacés par le thermo ou le galvano-cautère.

Une première incision est pratiquée sur la ligne médiane, puis un aide écartant les lèvres de l'incision avec des pinces, on dissèque avec le thermo-cautère, parallèlement à la surface extérieure du cartilage, la tumeur, de chaque côté, jusqu'à ses limites géniennes. La dissection doit être lente et minutieuse; il faut éviter de léser les cartilages. Dans ce but un doigt est introduit dans la narine et la distend pour permettre d'apprécier l'épaisseur des tissus. Il ne faut jamais intéresser l'ouverture des narines et on doit leur laisser toujours une zone de peau, bien qu'elle fasse tout d'abord un bourrelet disgracienx qui se régularisera vite à la suite de la rétraction cicatricielle. Grâce au thermo-cautère l'opération se fait « pour ainsi dire à sec ».

Les suites sont des plus simples : on applique sur la plaie un pansement, variable d'ailleurs suivant les cas, le plus souvent de la gaze stérile vaselinée aseptique. La chute de l'escharre se produit d'ordinaire vers le dixième jour et s'accompagne quelquefois d'un léger suintement sanguin ; la cicatrisation n'est complète qu'au bout d'un certain temps qui varie suivant les sujets : vingt-cinq, trente ou au maximun quarante jours.

Pendant quelque temps la cicatrice reste dure et violacée mais peu à peu elle blanchit, s'assouplit et se confond bientôt avec les parties voisines. Chez celles-ci, sur la peau du front et des joues, qui très souvent commence à être envahie par l'acné hypertrophique, il se produit un changement heureux. « Il semble, dit » Ollier, que dès que le centre fluxionnaire a été » supprimé, l'hypertrophie des tissus environnants » s'arrête et rétrograde d'elle-même, la peau pâlit, les » petits mamelons s'affaissent et le malade perd en » même temps cette sensation de chaleur et de » congestion ».

Une fois la cicatrisation complète, le nez prend et conserve une forme très régulière, déterminée par le squelette ostéo-cartilagineux qui a été conservé ; l'absence de peau le rend seulement plus anguleux et plus pointu qu'à l'état normal.

Le plus grand reproche que l'on puisse faire à la décortisation au thermo-cautère, c'est que le tissu inodulaire qui, nécessairement, remplace la peau du nez, a une tendance indéfinie à se rétracter et doit faire craindre un aplatissement et un rapetissement ultérieur de l'organe. Cette rétraction est fatale, elle diminue toujours le volume du nez et « dit Ollier, » sans l'hypertrophie des cartilages, elle aurait pour

(1). Poncet. Gazette hebdom. de Méd. et Chir. 1873.

» résultat de substituer une difformité en défaut à une » difformité en excès ». Malgré l'affirmation d'Ollier basée sur un seul cas, on peut considérer l'hypertrophie des cartilages comme très rare ou du moins comme de trop peu d'importance pour faire abandonner toute crainte au sujet d'un aplatissement tardif du nez. Le nez paraît donc souvent trop petit pour le visage, les cartilages non seulement écrasés, mais aussi rétractés, laissent les ouvertures des narines à peine suffisantes pour la respiration. Un opéré de Lucas-Championnière, dont le moulage se trouve au musée de l'hôpital Saint-Louis, présentait un nez atrophié et écrasé (1). Le lobule semble aussi être rétracté au point de découvrir les narines dont les parois externes existent à peine.

Il y a encore un autre inconvénient, c'est la nécrose des cartilages par cautérisation trop profonde, avec ses conséquences. Aussi a-t-on cherché, grâce à l'antisepsie et à la perfection des moyens d'hémostase, à arriver au même but en remplaçant le fer rouge par le bistouri.

Décortication au bistouri. — La dissection des masses hypertrophiées avec le bistouri est le seul moyen de faire une ablation complète du tissu morbide et de procéder à une décortication régulière du squelette du nez. C'est le procédé par excellence pour bien voir ce qu'on fait et n'enlever que ce qu'on veut.

Le premier qui ait décrit la décortication du nez par ce procédé est Cooper en 1839. « Il faut, dit-il, » obtenir la distension des narines au moyen de » charpie et ensuite pratiquer une incision perpendi- » culaire à la peau malade dans la ligne médiane du » nez. On peut alors saisir avec une paire de pinces » le bord de la peau divisée et exciser avec soin le » tissu malade. L'hémorrhagie est généralement abon- » dante. Quelques-uns des vaisseaux nécessiteront la » ligature. On arrêtera l'hémorrhagie des autres en » employant la compression ».

En 1888 Le Dentu (2) dans une communication à la Société de Chirurgie, a définitivement arrêté le manuel opératoire de la décortication par le bistouri : « J'in- » troduis l'index de la main gauche dans une des » narines, de manière à tendre les tissus, et j'abrase » toutes les masses exubérantes après en avoir cir- » conscrit le contour avec un bistouri. Pour cette » abrasion, je me sers soit du bistouri, soit de ciseaux » courbes, et j'ai soin de bien niveler les tissus en » approchant le plus possible des cartilages sans les » entamer. J'en fais autant de l'autre côté du nez. Sur » le moment, l'hémorrhagie est assez forte, mais on » s'en rend maître sans trop de peine avec les pinces » hémostatiques ou la pointe du thermo-cautère » appliquée légèrement sur les vaisseaux qui donnent. » Pour pouvoir ensuite placer un pansement com- » pressif sur le nez, il faut bourrer mollement les » narines avec la gaze iodoformée. Je fais ensuite un » pansement compressif à l'iodoforme, avec occlusion » complète de la face, sauf deux trous pour les yeux.

» Le premier pansement doit être laissé en place » au moins 4 jours si un abondant suintement sanguin » n'oblige à le changer plus tôt. Il ne faut enlever les » morceaux de gaze adhérents à la plaie que s'ils se » détachent presque d'eux-mêmes. A partir du » dixième jour commence un bourgeonnement si » actif de la plaie que bientôt on est obligé de la cauté- » riser vigoureusement au nitrate d'argent tous les » jours ou à peu près. A cette condition on obtient » une cicatrice bien régulière et bien plate ».

La cicatrisation est complète du vingtième au trentième jour. La cicatrice est assez longtemps bleuâtre, mais peu à peu elle prend la coloration de la peau et s'harmonise très bien avec les parties voisines. Elle est moins rétractile qu'après l'emploi du thermocautère; c'est ce procédé que nous avons employé chez le malade dont nous donnons ici l'observation.

Observation. — « X..., âgé de soixante-douze ans, vient nous consulter en mars 1904 pour une énorme tumeur du nez qu'il désire se faire exciser si possible, quoique sa santé générale n'en soit nullement compromise directement.

La tumeur pour laquelle il se présente à l'examen a débuté vers l'âge de cinquante ans environ, mais le malade avait toujours eu le nez un peu fort. Ce fut d'abord une éruption d'acné qui envahit progressivement le front, le nez et les joues, les boutons du nez étant plus volumineux et prenant une coloration rougeâtre ; les intervalles de peau saine se colorèrent à la même époque en rouge vineux. Au front et aux joues l'éruption acnéïque était intermittente et même resta stationnaire, au nez au contraire elle devenait plus confluente, les ailes et le lobule augmentèrent progressivement et donnèrent au nez un volume déjà remarquable. Il n'y eut aucune médication active suivie pendant une vingtaine d'années, sauf l'application de pommades résolutives. Des dilatations variqueuses apparurent, puis le nez se lobula et finit par constituer la masse à l'aspect ridicule que montrent bien les deux photographies ci-jointes. L'aspect général en est rougeâtre, verruqueux, parsemé de larges

(1) Lucas-Championnière. Bullet. Acad. Médecine, avril 1895.
(2) Le Dentu. Bullet. Société de Chirurgie, oct. 1888.

pertuis sébacés; la lèvre supérieure est recouverte par des masses volumineuses. Le tout est de consis-



tance molle et flasque, indolore, insensible, et l'on peut comprimer la tumeur sans douleur, mais en faisant sourdre de longs rubans de matière sébacée. L'état général du patient n'est pas très brillant ; c'est



un artério-scléreux avec un peu de sucre et d'albumine dans les urines, de fréquentes poussées congestives du côté du poumon ; aussi hésite-t-on un peu à lui proposer une intervention radicale qu'il vient chercher d'ailleurs et réclamer, sa vie étant devenue absolument insupportable. Depuis cinq ans il ne sort plus de peur du ridicule, n'ose se montrer à ses enfants et petits-enfants, a donné sa démission de toutes les sociétés ou commissions où il avait auparavant grand plaisir à venir siéger. On décide de remettre l'opération à un mois, et pendant ce temps il est soumis à un régime très sévère ; lait, toniques du cœur, etc.

Il revient alors dans un bien meilleur état et nous nous décidons de l'opérer à la maison de santé. Anesthésie chloroformique, sans aucune alerte ; toutes les portions exhubérantes sont enlevées à la pince et au bistouri en commençant par le côté droit et en respectant autant que possible le contour des narines. On essaye de reconstituer dans la masse les ailes du nez. Quand tout est décortiqué on régularise le nez *à facettes* et on l'arrondit à coups de ciseaux courbes. Des tampons de gaze introduits dans les narines avaient bien soustendu la tumeur et empêché la lésion, la perforation des cartilages; l'hémorrhagie n'a pas été considérable et a cédé très facilement au tamponnement. Quelques vaisseaux qui suintaient du côté du lobule exigèrent une pointe de thermo-cautère. Pansement à la gaze aseptique enduite de vaseline iodoformée, les gazes des deux narines ayant été remplacées par deux drains en caoutchouc. Pansement compressif prenant toute la face sauf les yeux.

» Suites élémentaires, sans réactions locales ni générales. Cicatrisation complète au bout d'un mois. Depuis, ce vieillard a repris toutes ses habitudes et, sous l'influence d'une vie plus active, du grand air, de la distraction, son état général s'est singulièrement



amendé et l'hiver s'est passé sans grand accroc. La cicatrice a pris la couleur de la peau environnante et il n'y a plus, au bout d'un an, cette ligne de démarcation que l'on voit sur la photographie ci-jointe, faite deux mois seulement après l'intervention ».

Nous avons dit plus haut que, par crainte de l'érysipèle et des hémorrhagies, Ollier avait abandonné le bistouri et lui avait substitué le fer rouge. De nos jours la crainte de l'infection streptococcique peut

être écartée la plupart du temps, mais pas toujours, car il est bien difficile de faire une asepsie soigneuse du champ opératoire, à proximité des narines et au contact de poches remplies de matière sébacée quelquefois infectée. Pourtant c'est là une complication exceptionnelle. Il n'en reste pas moins qu'il peut se produire des hémorrhagies secondaires et que l'on doit avoir l'attention attirée sur ce point qu'OLLIER expliquait par la sclérose des vaisseaux sectionnés, dont l'ouverture restait béante, et par le peu de vitalité des tissus où l'on opérait. L'opéré sera donc particulièrement surveillé pendant les dix premiers jours et un bon pansement compressif assurera l'hémostase. Nous nous sommes, dans notre cas, très bien trouvé des pansements largement vaselinés, qui permettent aux gazes de ne pas adhérer aux bourgeons et par conséquent de pouvoir être enlevées sans traction et sans risque de réveiller un suintement tari.

RHINOPLASTIE — Quelques auteurs, dans le but de perfectionner les résultats plastiques obtenus par la décortication du nez, et aussi pour éviter les effets de la rétraction cicatricielle, lesquels peuvent à la longue amener une nouvelle déformation du nez, de sens contraire à celle qu'on a voulu corriger, ont eu recours à divers procédés d'autoplastie, ajoutés à la décortication au bistouri.

AUTOPLASTIE PAR LA MÉTHODE FRANÇAISE. — Grâce à l'emploi de la méthode française, BOUISSON (1) et DELIE (d'Ypres) (2) obtinrent de très beaux résultats, le premier disséqua aux dépens des joues deux lambeaux quadrilatères qu'il rapprocha par glissement jusqu'à l'affrontement de leurs bords latéraux sur la ligne médiane du nez.

DELIE tailla sur les côtes de la brèche laissée par la décortication, un lambeau triangulaire qu'il disséqua et ramena par glissement sur le dos du nez. Cet ingénieux procédé de rhinoplastie latérale fut suivi dans les deux cas d'un brillant succès.

POZZI (3) en 1897, estimant qu'il est préférable de faire suivre la décortication d'une restauration immédiate, au lieu de s'en fier à la nature pour la cicatrisation de la plaie, proposa le procédé suivant:

« L'autoplastie, dit-il, s'exécute ainsi : faire descendre la peau de la partie supérieure du nez sur la brèche formée par l'extirpation de la partie inférieure, faire descendre la partie inférieure de la peau du front sur la plaie résultant de la dénudation du tiers supérieur du nez. Souder inférieurement le premier lambeau abaissé au cadre des narines conservé : enfin s'opposer au tiraillement, soit en laissant béante une partie des incisions latérales soit en faisant des incisions nouvelles libératrices ». Voici les détails de l'opération :

I. Le lambeau nasal supérieur est taillé par une incision en V renversé, dont la pointe atteint la racine du nez et dont les branches écartées circonscrivent un lambeau large en haut et terminé en bas par deux pieds de deux centimètres de largeur. On détache ce lambeau à la rugine en rasant les os de manière à détacher l'épaisseur des parties molles.

II. Le lambeau est suturé en bas au cadre des narines ; celles-ci sont très fortement attirées en haut.

III. La plaie opératoire est recouverte, mais on lui a substitué en haut une plaie nouvelle ; pour recouvrir celle-ci il faut pratiquer une incision verticale dans l'espace inter-sourcilier allant un peu au-dessus de la racine du nez. Une incision transversale supérieure donne à cette incision la forme d'un T, du pied duquel part le V renversé de l'incision autoplastique première. Deux lambeaux trapézoïdes ont été ainsi dessinés; on les dissèque profondément, on attire leur angle supérieur en bas en leur faisant décrire un arc de 20°, et on suture ces angles côte à côte au sommet du premier lambeau triangulaire.

La plaie losangique qui résulte de la bascule de ces deux petits lambeaux est suturée verticalement.

IV. — Le nez est alors reconstitué, mais il est très fortement bridé de haut en bas. Pour faire cesser cette tension, une incision profonde est faite immédiatement au dessous du nez, à sa jonction avec la lèvre supérieure, la plaie libérée profondément est écartée, et deux points de suture sont placés sur la moitié supérieure transformée en un angle vertical. Le reste de l'incision est laissé béant pour servir d'incision libératrice.

Tous ces procédés ont le grand inconvénient de se servir de la peau du visage pour l'autoplastie et, de ce fait, sont passibles de plusieurs critiques.

D'abord, en taillant les lambeaux sur les joues et le front on multiplie les cicatrices sur le visage et à une difformité que l'on cherche à faire disparaître on en substitue une autre très désagréable.

(1) BOUISSON. — Contribut. à la Chirurgie Française, T. I, p. 482.
(2) DELIE. — *Revue de Laryngologie*, 1892.
(3) POZZI. — *Société de Chirurgie*, 1897.

De plus, dans la plupart des cas, la peau du front et des joues que l'on emploie est atteinte par le processus hypertrophique à un degré plus ou moins avancé; on risque alors de substituer à la peau malade de nouveaux tissus qui peuvent être le siège du même processus inflammatoire. D'ailleurs l'acné et les variquosites de ces parties du visage contr'indiquent l'emploi du procédé.

Autoplastie par la méthode Italienne. — Elle consiste, comme chacun sait, à recouvrir la plaie obtenue par la décortication au moyen d'un lambeau cutané pris, à distance, sur le bras du malade, maintenu en place au moyen d'un appareil, et qui n'est séparé de la région d'emprunt qu'après réunion effectuée. Dans une communication au Congrès de Chirurgie (oct. 1895), Jonnesco (1) signala le beau succès qu'il avait obtenu avec ce procédé dans le traitement d'un cas d'acné hypertrophique du nez qu'il avait décortiqué préalablement. Cette méthode, qui comporte de réelles difficultés d'exécution, est très pénible pour l'opéré, puisqu'on est forcé de lui maintenir le bras au contact du nez par un appareil en cuir ou en plâtre ; aussi trouve-t-elle, à l'heure actuelle, peu de partisans, étant surtout donné les beaux résultats esthétiques que procurent les procédés plus simples.

Autoplastie par greffe. — Quelques chirurgiens, après décortication, ont tenté de diminuer la durée de la cicatrisation spontanée et d'éviter en certains points la rétraction cicatricielle en utilisant, au niveau des lobules du dos et de la pointe du nez, des greffes épidermiques (Reverdin) ou dermo-épidermiques (Ollier, Thiersch). L'emploi de telles greffes a donné à ce niveau des résultats variables, tantôt fort bons, tantôt tout-à-fait passables et dans ces cas l'insuccès tenait au peu de vitalité de la surface décortiquée et sur laquelle la greffe ne pouvait prendre.

En résumé, la décortication au bistouri suffit dans la majorité des cas pour procurer un résultat esthétique bien suffisant. Aussi, complétée par quelques greffes, sera-t-elle la méthode de choix, et l'on réservera les méthodes plus complexes pour les cas où l'on aura pratiqué des ablations très étendues et où l'on craindrait de la rétraction cicatricielle, une déformation par trop considérable. Alors la méthode italienne sera presque parfaite.

(1) Jonnesco. — Congrès de Chirurgie, oct. 1895.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 10 Avril 1905

Présidence de M. Surmont, président.

Néphrectomie pour tuberculose du rein

M. Carlier présente à la Société un rein tuberculeux qu'il a enlevé tout récemment chez une malade de la maison de santé. Il appelle surtout l'attention sur les conditions de sécurité que donne la néphrectomie lorsque, avant de la pratiquer, on a recours aux méthodes d'exploration dont on dispose actuellement pour pouvoir affirmer l'intégrité absolue et le bon fonctionnement du rein congénère.

Voici d'abord l'histoire résumée de la malade. Femme de vingt-sept ans, se plaignant depuis cinq ou six ans d'envies fréquentes d'uriner. M. Carlier l'avait vue à cette époque avec le docteur Delplanque ; la fréquence des mictions était le seul symptôme, les urines étaient absolument limpides. La malade n'avait plus été examinée avant octobre 1904 ; elle fut alors présentée à M. Carlier par M. le docteur Pierre Colle. Les mictions étaient devenues plus fréquentes depuis quelque temps, douloureuses, les urines franchement louches. La vessie examinée au cystoscope parut saine, sauf au pourtour de l'uretère gauche où la muqueuse vésicale présentait un aspect tomenteux spécial, sur une étendue d'une pièce de dix centimes environ. Cela masquait l'orifice de l'uretère gauche, mais on voyait très bien que l'urine émise par l'uretère gauche était trouble, alors qu'elle paraissait limpide à droite. Cet examen faisait naître l'idée d'une lésion du rein gauche.

La malade étant très grasse, la palpation des reins ne donnait aucune indication. La division des urines faite avec le diviseur de Luys, donna les résultats suivants : urines tout-à-fait limpides à droite, franchement troubles et lactescentes à gauche. L'urine du rein supposé sain contenait par litre 29 grammes d'urée, 12 gr. 50 de chlorures, et 0,25 centigrammes environ d'albumine ; ensemencement négatif. L'urine du rein gauche malade donnait par litre 5 grammes d'urée, 5 grammes 13 de chlorures, 0.80 centigrammes d'albumine, quelques bacilles de Koch et du coli-bacille. La division des urines offrit ceci de particulier qu'à deux reprises différentes, il fallut attendre, le diviseur une fois en place, plus d'une demi-heure avant d'avoir une seule goutte d'urine du rein malade.

Le troisième mode d'investigation de la sécrétion rénale, l'injection intra-musculaire de la solution de bleu de méthylène à un vingtième, confirma ces résultats, le maximum de coloration des urines eut lieu à la quatrième demi-heure après l'injection. — Muni de toutes ces données, le cathétérisme uretéral était inutile.

Comme il n'y avait jamais eu la moindre douleur rénale, la malade ne fut pas peu surprise de la proposition qui lui fut faite de lui enlever le rein gauche. M. Carlier l'opéra le 12 avril par la voie lombaire, aidé par M. Pierre Colle, M. Delplanque s'étant chargé de la chloroformisation. Suites opératoires très simples, pas le moindre shock pas le moindre à-coup dans la sécrétion urinaire, ce qui était prévu par l'étude antérieure du fonctionnement du rein droit.

Le rein enlevé est présenté à la Société : il est tuberculeux dans toute sa moitié supérieure et bourré de cavernules. En un point on voit des traînées de sclérose, indice d'une cicatrisation de lésions plus anciennes. L'uretère est gros comme le petit doigt, ses parois très épaissies, sa cavité très agrandie et pleine de pus.

Détail intéressant : le deuxième jour qui suivit l'opération et bien qu'il y ait eu diète hydrique, les urines renfermaient trente-sept grammes d'urée pour les vingt-quatre heures, c'est-à-dire une dose de beaucoup supérieure à celles qu'éliminait la malade avant son opération. M. Carlier croit que ce fait plaide en faveur de l'idée du réflexe réno-rénal, le rein sain n'étant plus gêné dans son fonctionnement par le rein malade. Quant à l'albumine, au lieu des vingt-cinq centigrammes trouvés avant l'opération du côté du rein sain, on n'en trouve plus aujourd'hui que des traces insignifiantes, les toxines sécrétées par le rein malade ayant cessé d'irriter le rein sain.

M. **Dutilleul** s'étonne du volume et de la distension de de l'uretère

M. **Carlier** incrimine les contractions répétées de l'uretère. Il revient sur l'élimination plus considérable d'urée après qu'avant l'opération. Il pense que ce phénomène clinique est une preuve du réflexe réno-rénal, en vertu duquel un rein malade empêche un rein sain de fonctionner.

M. **Surmont** n'admet pas que le réflexe réno-rénal de Guyon soit un réflexe inhibiteur pur, dont toute cause toxique serait exclue. Pour lui il faut l'attribuer à deux causes : 1° à l'action chimique de la tuberculine sécrétée dans le rein malade, résorbée puis expulsée par le rein sain; 2° aux néphro-toxines décrites par Castaigne et dues à la destruction lente d'une glande rénale.

M. **Carlier** cite le travail de Bernard en faveur de la théorie de M. Surmont. Le réflexe réno-rénal est admis dans les cas de tuberculose; il est rejeté dans ceux d'anurie calculeuse. Legueu a montré qu'après lithiase l'anurie ne se produit que si l'autre rein est détruit. M. Carlier rappelle encore que Bazy a attiré l'attention sur l'importance de l'albuminurie accompagnée de troubles vésicaux. L'albuminurie deviendrait, dès lors, un signe précoce de tuberculose.

M. **Surmont** demande si la néphrectomie se fait encore dans l'anurie calculeuse.

M. **Carlier** répond que tous les chirurgiens s'accordent pour ne pratiquer alors que la néphrotomie.

M. **Dutilleul** pense que le rétablissement rapide de la fonction du rein malade vient en faveur des réflexes toxiques.

M. **Surmont** est de cet avis.

M. **Malméjac** fait part des travaux qu'il poursuit en ce moment à l'Institut Pasteur, sur les urines des tuberculeux.

71 fois sur 73 cas observés, il a remarqué que les urines des tuberculeux recueillies dans des vases stériles et conservées au contact de l'air et à l'abri des poussières ne subissent la fermentation ammoniacale qu'après un temps variant de quinze jours à trois mois et plus.

Toutes les urines d'individus sains placées dans les mêmes conditions n'ont conservé leur réaction acide que de deux à six jours.

Il a observé plusieurs cas dans lesquels la persistance de la réaction acide précédait les signes cliniques et bactériologiques de la tuberculose; un est particulièrement intéressant.

Il a examiné, en juillet 1903, les crachats et l'urine d'un sous-officier que rien ne permettait de supposer tuberculeux et qui n'a pas eu un seul jour de maladie durant ses trois années de service; les crachats ne renfermaient pas de bacilles de Koch, mais l'urine présentait une réaction acide qui a persisté pendant plus de trois mois; étant donné cette réaction, à plusieurs reprises les crachats de ce supposé malade ont été analysés et ce n'est que le 25 décembre de la même année qu'on y a trouvé quelques bacilles de Koch.

Étant donné ces faits, il est permis de penser que dans les cas semblables à celui que vient d'exposer M. le professeur Carlier, on pourrait, grâce à cette réaction de l'urine, faire un diagnostic très précoce de la tuberculose rénale.

M. **Malméjac** se réserve du reste de faire connaître à la Société des résultats lorsque ses travaux seront terminés.

M. **Carlier** connaissait déjà la faiblesse en urée des urines des tuberculeux.

M. **Surmont** demande si les malades n'étaient pas soumis à une thérapeutique. Il serait heureux de connaître les résultats fournis par l'expérimentation sur l'animal.

M. **Malméjac** fait observer que les malades en expérience sont des sujets du Dispensaire Roux, qui n'ont pas de traitement médicamenteux. Il compte réaliser des expériences sur l'animal.

Tumeur du plancher de la bouche

M. **Drucbert**, au nom de M. **Loubry**, présente une tumeur pédiculée siégeant au niveau de l'angle formé par le plancher de la bouche et la face interne du maxillaire inférieur; ayant à peu près la forme et les dimensions

d'une datte, cette tumeur gênait la déglutition, la mastication et entravait la parole. De plus, recouverte d'une muqueuse friable et parfois ulcérée, elle était le siège de petites hémorrhagies répétées. L'examen histologique déterminera la nature exacte de cette tumeur.

Adénome cutané paraissant développé aux dépens d'un « point lacté »

M. **Potel** présente une tumeur adénomateuse de la région mammaire développée chez une jeune fille de vingt-huit ans. Cette tumeur était apparue environ deux ans auparavant, sous forme d'une verrue rougeâtre siégeant à environ huit centimètres au-dessus du mamelon droit. Cette verrue avait grossi progressivement jusqu'à acquérir le volume actuel. Au moment où M. Potel l'examina, on constatait les signes suivants : Il existait au-dessus du mamelon droit une tumeur ayant le volume et l'aspect d'une grosse tomate rouge, ulcérée, saignant assez facilement, donnant issue à du liquide jaunâtre, sans odeur. La tumeur paraissait assez superficielle et indépendante du sein, elle était mobile sur les parties profondes. A la surface, on voyait quelques taches blanchâtres, restes probables d'un essai de cicatrisation.

Les ganglions de l'aisselle paraissaient un peu volumineux. L'état général de la malade était des plus florissants.

M. Potel pratiqua l'ablation large de la tumeur et des ganglions axillaires.

L'examen histologique pratiqué par M. le professeur Verdun montra qu'il s'agissait d'un adénome typique, analogue aux adénomes du sein. Il n'y avait aucune relation entre le néoplasme et le sein, la tumeur était développée aux dépens de la peau. Les ganglions étaient simplement légèrement enflammés.

M. Potel discute les différentes hypothèses que l'on peut émettre sur l'origine de cette tumeur, et se trouve porté à admettre que cet adénome est développé aux dépens d'un « point lacté ».

M. **Ingelrans** cite la fréquence des mamelles surnuméraires.

Epithélioma en « choufleur » de la peau durant depuis douze ans

M. **Potel** a observé chez une vieille femme de soixante-dix ans une énorme tumeur bourgeonnante, en choufleur, développée à la racine de la cuisse, au niveau du triangle de Scarpa. Le néoplasme avait commencé à se développer douze ans auparavant. Il avait continué à croître depuis lors. Au moment de l'examen, la tumeur mesurait quinze centimètres de long sur dix de large, et dépassait d'environ cinq centimètres le plan cutané. Les bourgeons, rouge vif, saignaient au moindre contact, et donnaient issue à un abondant liquide ichoreux.

M. **Potel** pratiqua l'ablation de cette tumeur. Le néoplasme était si nettement cutané, que M. Potel put laisser intacte l'aponévrose superficielle. Autoplastie par glissement. Les suites furent des plus simples.

La tumeur, examinée par M. le professeur Verdun, montre qu'il s'agit d'un épithélioma à prolifération assez active, mais fort intéressant ; le tissu conjonctif a lui aussi proliféré dans d'énormes proportions, isolant et enfermant le tissu épithélial. Les lymphatiques ne contenaient aucune cellule cancéreuse.

Cet examen nous explique la longue durée de l'affection, et le développement pour ainsi dire exogène de la tumeur.

Calcul de l'appendice

Chez un homme de 45 ans, souffrant depuis un an de coliques appendiculaires et ayant présenté, à deux reprises, des attaques plus graves avec péritonite, etc., M. **Potel** a pratiqué à froid l'ablation de l'appendice.

Celui-ci contient, près de l'insertion cœcale, un volumineux calcul gros comme une forte noisette, présentant deux pointes qui se fixent dans la paroi appendiculaire.

En arrière du calcul, il existait une petite poche contenant du pus.

Il n'est pas douteux que ce calcul eut donné plus tard lieu à des accidents très graves.

Cancer infiltré de l'estomac

MM. **Breton** et **Looten** présentent à la Société une pièce anatomique intéressante. Il s'agit d'un œsophage dont l'extrémitré inférieure est atteinte de rétrécissement néoplasique et d'un estomac envahi par le cancer. L'estomac répond macroscopiquement à ce que l'on est convenu d'appeler « linite plastique ».

Le malade, observé pendant plus de six mois à la Clinique médicale de la Charité, présentait des symptômes de rétrécissement œsophagien. Ce diagnostic avait subi le contrôle de la radioscopie, qui avait montré un obstacle infranchissable au cachet de bismuth vers la portion précardiaque. Ces symptômes de rétrécissement œsophagien étaient ressentis par le malade depuis plus de deux ans. L'état général était resté longtemps bon, mais brusquement la situation s'était aggravée et en six mois l'émaciation était devenue très grande.

Les symptômes gastriques avaient toujours été nuls, mais l'absence de leucocytose digestive avait fait présager en ces derniers temps un envahissement de l'estomac. Il n'y avait eu au cours de la maladie ni douleur, ni hématémèse, ni mœlena, enfin aucune adénopathie visible. L'exitus fut plutôt dû à l'inanition qu'aux progrès du mal.

A l'autopsie, on a constaté un rétrécissement précardiaque. Ce dernier constitue une filière très étroite, laissant à peine passer un stylet. L'estomac a ses parois infiltrées en masse, sans prédominance au pylore ; l'épaisseur en est d'environ deux centimètres. La muqueuse ne

présente ni ulcérations, ni bourgeonnement. Les ganglions mésentériques sont hypertrophiés.

L'examen microscopique de la tumeur a été fait avec la collaboration de M. Vanstenberghe. Il a montré l'absence presque complète des glandes de la muqueuse. La sous-muqueuse très hypertrophiée est constituée par des trousseaux fibreux volumineux, entre lesquels on distingue des cellules néoplasiques, à gros noyau assez bien coloré par les réactifs. Entre les faisceaux de fibres musculaires lisses le tissu conjonctif s'infiltre, dissociant la couche. Dans ces travées fibreuses, on trouve des éléments néoplasiques ressemblant à ceux de la sous-muqueuse.

Les parois de l'estomac sont infiltrées en totalité, comme celles de la portion de l'œsophage atteinte de cancer.

Les points de cette observation les plus intéressants à signaler sont les suivants :

1° L'absence de signes de cancer de l'estomac, bien que le type anatomique soit manifestement différencié de celui de la maladie de Brinton.

2° L'existence d'une formule leucocytaire spéciale : 18.600 globules blancs par millimètre cube, la leucocytose étant surtout une mononucléose : mononucléaires moyens et grands, 10.850 ; lymphocytes, 1.550 ; polynucléaires 6.200 ;

3° L'absence de leucocytose digestive, ce signe plaidant en faveur de la nature cancéreuse de la linite.

4° L'existence d'un rétrécissement œsophagien néoplasique dont les symptômes sont concomitants de ceux de cancer gastrique.

Il serait très intéressant par l'examen microscopique de savoir si l'envahissement de l'œsophage est ultérieur où antérieur à l'infiltration de l'estomac. Chose curieuse, les deux points où la tumeur est la plus développée sont le pylore point d'élection de la forme anatomo-pathologique dite linite plastique, et le cardia, siège exceptionnel de cet envahissement.

M. **Surmont** trouve grand intérêt à la pièce anatomo-pathologique. Il pense que le point primitif de l'envahissement a dû être le pylore. Celui-ci est le point d'élection de la linite. D'ailleurs les symptômes de rétrécissement œsophagien laissent toujours supposer une évolution rapide. Ces symptômes ont sans doute marqué la phase ultime de la maladie.

M. **Gellé**, examinant les coupes anatomiques, penche en faveur de l'envahissement secondaire de la portion cardiaque et de l'œsophage.

M. **Breton** insiste sur la lenteur d'évolution de l'affection et sur les signes évidents et longtemps tolérés de rétrécissement œsophagien. Il se réserve de compléter la description anatomo-pathologique de la tumeur.

Epiplocèle tuberculeuse

M. **J. Colle**, en son nom et en celui de M. **Petit**, présente une observation d'épiplocèle tuberculeuse (*a été publiée dans le dernier numéro*)

Récidive cancéreuse

M. **J. Colle** rapporte l'observation d'une malade qui, sept ans après une hystérectomie vaginale pour fibrome, présente un petit cancer de la cicatrice vaginale et un noyau cancéreux de la région périnéale. Les pièces macroscopiques remises à M. le professeur Curtis sont diagnostiquées par lui « Epithéliome cylindrique qui doit provenir du col ou du corps utérin ».

M. **Lambret**, qui a opéré cette malade il y a sept ans, rappelle qu'il s'agissait d'un fibrome calcifié, et que pour l'extirper il dut fendre la vulve latéralement. Il se demande si son bistouri n'aurait pas semé au niveau de cette incision un fragment de muqueuse utérine qui, plus tard, aurait subi la transformation cancéreuse.

M. **Gellé** a observé un cancer de l'ovaire greffé sur une cicatrice.

M. **Colle** rappelle qu'il existe autour du col extérieur des noyaux métaplasiques de cellules cylindriques.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Le **neuronal** ou **bromdiéthylacétamide**, de la série des acétamides, est une poudre cristalline blanche, sentant le moisi, de saveur amère, facilement soluble dans l'eau, l'éther, l'alcool, la benzine, l'huile et d'autres dissolvants organiques.

La longue étude qui en a été faite permet de formuler les conclusions suivantes, que contient la thèse de M. Artarit (Paris 1905).

1° A la dose de un gramme à deux grammes, le neuronal possède une action hypnotique réelle : particulièrement marquée dans l'insomnie simple, les insomnies des états maniaques, dans les insomnies de cause morale ou psycho-sensorielle, cette action rend des services dans l'insomnie douloureuse, l'agitation automatique.

2° Il ne s'accumule pas et peut être donné tous les jours pendant des semaines sans entraîner d'accident ; son accoutumance est faible, la suppression de l'hypnotique ne donne lieu à aucun trouble nouveau ; l'effet se prolonge pendant quelques jours ;

3° Son mauvais goût est assez prononcé, mais peut être masqué par une essence (citron, écorce d'orange amère)

4° Le neuronal ne peut pas compter comme médicament contre les crises convulsives de l'épilepsie, contrairement à ce qu'espéraient *à priori* les auteurs allemands ;

5° Il n'a aucune influence nocive sur les fonctions de respiration et de circulation ; il paraît amener (à dose toxique) une paralysie des muscles striés et lisses (stase intestinale, etc.) ; le brome qu'il contient passe rapidement dans les urines et n'amène aucune éruption cutanée ; le passage du médicament dans le torrent circulatoire n'entraîne aucune modification dans la teneur du sang en globules, ni dans la configuration de ces derniers.

NOUVELLES & INFORMATIONS

La **Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild** (rue Manin, Parc des Buttes-Chaumont) Tél. : 414-02, vient d'ouvrir ses portes. Elle est exclusivement destinée au traitement des maladies des yeux et accueille tous les patients quelle que soit leur religion ou leur nationalité, pourvu qu'ils soient indigents ou nécessiteux.

Les consultations gratuites ont lieu tous les jours de 9 à 11 heures du matin et de 1 à 3 heures du soir ; les jeudi, samedi de 7 à 8 heures du soir.

MM. les docteurs en médecine qui désireraient visiter le nouvel hôpital peuvent s'y adresser les lundi, mercredi et vendredi matin, de 9 à 10 heures pendant tout le mois de mai.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Un **congé** d'un an, du 1er mai 1905 au 30 avril 1906 est accordé sur sa demande et pour raisons de santé à M. le docteur Ausset, professeur de thérapeutique. Pendant la durée de ce congé, M. le docteur Carrière, agrégé, est en outre chargé d'un cours de thérapeutique.

— Par **arrêté rectoral** du 4 mai, M. Feneulle, étudiant en médecine, est nommé aide-préparateur du laboratoire des cliniques, en remplacement de M. le docteur Obers, démissionnaire.

— Parmi les mutations récentes parmi les officiers du **Service de santé militaire** nous relevons, comme intéressant notre région, les suivantes. Sont nommés : MM. les docteurs Provendier médecin-major de 1re classe au 91e d'infanterie, à Mézières ; Moulin, médecin aide-major de 1re classe au 150e d'infanterie, à Mézières ; Rouchaud, médecin aide-major de 1re classe au 84e d'infanterie, à Avesnes ; Dumoulin, médecin aide-major de 2e classe au 128e d'infanterie, à Abbeville.

Soutenance de Thèse

M. A.-C.-P. Quenay, de Lille (Nord), a soutenu, avec succès, le samedi 6 mai, sa thèse de doctorat (n° 24), intitulée : **Contribution à l'étude des prostatites chroniques d'origine uréthrale.**

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont nommés *Officier* : M. le docteur Brachet, médecin principal de 2e classe de l'armée territoriale ; *Chevalier* : M. le docteur Cairon, médecin de 1re classe de la marine.

Académie. — Sont nommés *Officiers* : MM. les docteurs J. Versby, Hameau, de Bordeaux ; Seytre et Quizol, de Cannes.

Médaille des épidémies. — A été décernée la *médaille d'argent* à M. le docteur Faivre, inspecteur général adjoint des services sanitaires.

— Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale, au grade de médecin aide-major MM. les docteur Bertrand, de Bouvelinghem ; Bouret, de La Madeleine ; Hernu, de Lens ; Natier, de Cambrai ; Coppens, de Lille ; Muller, de Paris ; Lhôte, de Lens ; Quenée, de Béthune ; Duprez, de Lille.

Notre Carnet

Le docteur Cyrille Vallée, de Lille, nous fait part de la naissance de sa fille Thérèse. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

HOPITAUX & HOSPICES

Lyon. — Le **concours** pour trois places de médecin du dispensaire général vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Pauly, Violet et Bériel.

Angers. — M. le docteur Thibault est nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Legludic, atteint par la limite d'âge. — M. le docteur Papin est nommé médecin des hospices.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers. — M. le docteur Tabuteau, est nommé professeur de pharmacie et de matière médicale. M. le docteur Papin, chef des travaux d'histologie, est chargé d'un cours d'histologie.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble. — M. le docteur Salva, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est prorogé pour trois ans dans ses fonctions.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Aguilhon de Sarran, dentiste des hôpitaux de Paris ; Commenge, médecin en chef honoraire du dispensaire de la salubrité à Paris ; Cominal, médecin-major de 1re classe en retraite ; Paquelin, de Paris, l'inventeur du thermocautère ; Jacquet, de Arnot (Basses-Alpes) ; Chevalier, de Provins (Seine-et-Oise).

Dupont, étudiant en médecine à l'école de Rouen ; Regnard, interne à l'hôpital Baujon, à Paris.

BIBLIOGRAPHIE

La Neurasthénie étudiée aux points de vue médical, philosophique et social, par H. Nuwendam, préparateur assistant de physique médicale. Un volume in-18 de 48 pages, broché. F. R. de Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine Dubois, Paris VIe.

Ce travail, rédigé non seulement d'après l'étude théorique et la réflexion personnelle, mais surtout d'après les observations recueillies auprès d'un grand nombre de Neurasthéniques, comprend tout d'abord l'étiologie de cette névrose : indépendamment des causes ordinaires de cette

affection, bien propre à détruire les sources mêmes du bonheur, nous montrons les raisons sociales qui font que la Neurasthénie, bien qu'ayant existé de tous temps, règne cependant aujourd'hui, avec plus d'intensité qu'auparavant.

La deuxième partie de l'ouvrage est relative aux manifestations neurasthéniques. Nous avons ensuite exposé des conseils des prescriptions relatives à la prophylaxie de cet état morbide, estimant qu'il est utile de bien connaître pour bien les combattre, les nombreuses influences malsaines qui nous entourent, influences susceptibles d'altérer et d'affaiblir notre personnalité. Enfin la dernière partie du travail a été réservée au traitement ; celui ci comprend lui-même deux divisions : 1° le traitement physique, basé sur les connaissances médicales les plus récentes ; 2° le traitement moral, non moins important.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Compte-rendu général du 1er Congrès national contre l'alcoolisme** (26-29 octobre 1903), publié par E. Cheysson et Riémain, Paris, *Asselin et Houzeau*, 1903.

— **Lo sgombero degli ammalati a ferité en guerra**, par les docteurs Bernardo et Brezzi, Roma, 1905.

— **Conditions hygiéniques de la ville de Pau**, rapport par le docteur Barthé, au 2e Congrès de climatothérapie et d'hygiène urbaine, d'Arcachon, Paris, *Revue des Idées*, 1905.

— **Les prétuberculeux et les tuberculeux en cure forestière et marine**, par le docteur Guisson

— **Climatologie du littoral atlantique français**, rapport par M. F. Courty.

— **Les résultats de la prophilaxie antituberculeuse à Arcachon**, par le docteur X. Arnozan.

— **Les sanatoriums maritimes de la côte atlantique en France**, par le docteur R. Barbier.

— **La désinfection à Arcachon : organisation administrative, technique et fonctionnement**, rapport par le Dr Bourges.

— **Vichy, étude clinique des indications et des contre-indications**, par les docteurs Lambert et Raymond, Paris, *de Rudeval*, 1905.

— **Paralysies faciales récidivantes et paralysies faciales à bascule**, par le docteur E.-P. Petit, Paris, *Rousset*, 1905.

— **Alliance d'hygiène sociale : le Congrès d'Arras (17-20 juillet 1904)**, Bordeaux, Librairie de la Mutualité, 1905.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

16e Semaine du 23 au 29 avril 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	1
3 mois à un an	7	3
1 an à 2 ans	3	2
2 à 5 ans	3	1
5 à 20 ans	4	4
20 à 60 ans	20	9
60 ans et au-dessus	10	21
Total	53	41

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	6	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	3	»	»	3	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	11	13
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	4	10	14
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	3	4	»	1	»	1	»	7	19	15
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	5	5
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	5	»	»	2	1	»	»	2	3	2	»	»	»	»	»	»	8	22	10
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	9
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	1	1	1	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	2	10	11
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	5
Total	»	»	»	1	»	18	1	»	9	1	2	1	4	6	8	5	»	1	»	1	»	32	90	95

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 435. Neuvième Année N° 20 Le Numéro : 10 centimes 14 Mai 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

De la longue durée de certains cas de paralysie générale ; des rémissions qui surviennent dans cette maladie ; à propos d'un cas personnel.

par les docteurs

Chardon directeur-médecin et **Raviart** médecin-adjoint

de l'asile des aliénés d'Armentières

Si, dans la majorité des cas, la paralysie générale est une affection à marche lentement progressive, conduisant les malades à la mort dans un espace variant de trois à six ans, elle peut aussi parcourir les diverses phases de son évolution, soit beaucoup plus rapidement que d'ordinaire, soit au contraire avec une lenteur dont il existe de remarquables exemples.

En quelques mois, parfois même en quelques semaines, cette redoutable affection peut, en *galopant*, comme on l'a dit, emporter les individus qui en sont atteints ; dans la plupart des cas, il s'agit alors de malades épuisés au physique comme au moral, offrant une proie facile aux infections et aux intoxications qui concourent à la désintégration des éléments du système nerveux.

D'autres fois, soit à cause de la nature des facteurs étiologiques qui l'ont engendrée, soit surtout à cause de la nature du terrain sur lequel elle évolue, la paralysie générale a une marche beaucoup plus lente.

Il ne s'agit plus ici d'une durée de plusieurs années, mais pendant dix ans, vingt ans, parfois même beaucoup plus encore, on voit la maladie évoluer en présentant des particularités sur lesquelles nous reviendrons bientôt.

Sans savoir encore d'une façon bien précise la raison pour laquelle, dans un certain nombre de cas, la paralysie générale affecte une marche très lente, on a constaté que c'est surtout chez les hérédo-vésaniques, et d'une façon générale, chez les dégénérés, que ces formes s'observent.

Dès 1870, Doutrebente disait dans sa thèse qu'une espèce d'immunité semblait accordée aux candidats à la folie, contre les éventualités d'une paralysie générale future ; et, en 1878, reconnaissant que cette opinion exagérée se heurtait contre certains faits,

rares du reste, cet auteur faisait remarquer que survenue chez de tels sujets, l'affection tendait à devenir chronique, rémittente, et pouvait durer dix, quinze et vingt-cinq ans. Tantôt, ajoutait-il, la maladie devient chronique d'emblée et c'est à peine si, de temps en temps, se montrent quelques manifestations sub-aiguës, sous l'influence de petites poussées congestives. Tantôt au contraire, la maladie portant le cachet des troubles psychiques héréditaires, évolue sous l'aspect d'une folie à double forme par exemple, les malades passant par des phases alternatives d'excitation et de dépression, séparées par des intervalles de semi-lucidité.

Les faits suivants sont de remarquables exemples de ces formes de longue durée :

En 1903, SCHÆFER a pu constater les lésions de la paralysie générale chez un homme, israëlite, dont le début de la maladie remontait à vingt-trois ans ; le père du malade avait également succombé à la paralysie générale, son oncle et sa tante étaient aliénés.

LUSTIG a publié, en 1900, deux cas de paralysie générale ayant présenté, l'un la forme dépressive, l'autre la forme circulaire de la maladie, et ayant évolué le premier durant vingt ans et le second durant vingt-et-un.

Lorsqu'il s'agit de durée aussi longue, aucune objection n'est possible, mais lorsque la paralysie générale survenant chez des hérédo-vésaniques parcourt ses différentes phases en cinq ou dix ans par exemple, l'augmentation de durée réelle est contestée par certains auteurs : Non sans raison, ils déclarent que cette longue durée n'est qu'apparente et qu'elle doit être attribuée à ce fait que les malades prédisposés, entrent *bruyamment*, si on peut ainsi dire, dans la paralysie générale. Par suite de la tendance de leur cerveau à réagir plus fortement sous l'action des agents étiologiques (alcool, syphilis, poisons, etc.), ceux-ci déterminent non seulement l'apparition des signes physiques symptomatiques des lésions cérébrales, mais ils font éclore des troubles mentaux, de formes diverses (accès de manie, dépression mélancolique, idées délirantes de persécution) en rapport avec le fonds dégénératif. Ces troubles attirent l'attention sur le malade, et font dépister longtemps à l'avance la paralysie générale, qui, sans eux, se serait insidieusement installée ; nous savons en effet que les signes physiques de cette affection (l'inégalité et la paresse pupillaires en particulier) peu marqués au début, peuvent, durant plusieurs années, passer inaperçus.

Ce raisonnement nous paraît juste dans bien des cas.

L'hérédité vésanique n'est pas la seule raison que l'on a invoquée comme cause de la longue durée de certaines paralysies générales, rappelons ici que pendant un certain nombre d'années, après la publication d'une observation de RÉGIS notamment, on a pensé que l'hystérie exerçait une action antagoniste sur l'évolution des affections organiques du système nerveux, et de la paralysie générale en particulier. RÉGIS admettait que dans son cas, l'hystérie avait été capable d'enrayer la marche de l'affection cérébrale. Depuis lors, des observations sont venues montrer que l'hystérie, quoique rare, se rencontrait chez les paralytiques généraux. JUQUELIER en a publié deux cas en 1902, dans l'un la névrose a cédé le pas à l'affection organique, dans le second il y eut coexistence des deux affections, et dans l'un et l'autre cas il ne s'agissait pas de paralysie générale de longue durée.

Au surplus, dans la séance du 30 mars 1903, de la Société médico-psychologique, MARIE terminait par les conclusions suivantes son étude sur les rapports de la paralysie générale et des névroses :

Toutes les névroses peuvent s'observer conjointement avec la paralysie générale.

Les unes comme les autres se manifestent généralement au début de la méningo-encéphalite pour s'effacer avec ses progrès le plus souvent, ou reparaître avec ses rémissions. La paralysie générale dans ces cas n'*offre pas fatalement une forme atypique et rémittente.*

Retenons donc simplement ce fait, que la paralysie générale de très longue durée paraît être l'apanage des hérédo-vésaniques.

Voyons maintenant quelles particularités peuvent se constater au cours de l'affection qui nous occupe.

La paralysie générale de longue durée peut évoluer très lentement et d'une façon *ininterrompue*, les malades parcourant progressivement les diverses phases de l'affection, sans qu'aucune complication délirante vienne exercer une influence fâcheuse sur la marche de la maladie et sans que des phénomènes congestifs viennent assombrir subitement le pronostic. Les malades présentant alors un état démentiel simple,

s'acheminent lentement vers la démence absolue et la cachexie terminale.

Mais assez fréquemment la marche de l'affection, au lieu d'être fatalement progressive, se trouve *interrompue*, son évolution paraît subir des temps d'arrêt, on observe en un mot des *rémissions*. Grâce à elles, la marche de la maladie est plus ou moins favorablement modifiée, et suivant leur importance sa durée s'en trouve augmentée.

Voyons brièvement ce que sont ces *rémissions*.

Selon Ch. Vallon, elles se produiraient dans le dixième des cas environ; plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, on les observe souvent à la première période de la maladie, plus rarement à la seconde, et exceptionnellement à la troisième. Elles sont surtout notées chez les hérédo-vésaniques, chez les dégénérés et chez les alcooliques.

La rémission dans quelques-uns de ces cas n'est due qu'à la disparition des phénomènes surajoutés au syndrome paralytique (inégalité pupillaire, embarras de la parole, affaiblissement intellectuel); que les phénomènes délirants survenus d'une façon précoce chez un hérédo-vésanique viennent à disparaître, et le malade pourra pendant plusieurs mois et même plusieurs années se trouver dans un état voisin de l'état normal.

C'est dans la forme maniaque de la paralysie générale que se rencontrent le plus souvent les rémissions, mais alors, écrit Baillarger, ce qui a disparu, c'est l'accès de manie. Ce dernier, consécutif à des excès alcooliques par exemple, peut ne survivre que peu de temps à la suppression de la cause. L'*alcoolisme*, en effet, vient greffer ses manifestations propres sur l'ensemble des signes de la paralysie générale en même temps qu'il contribue à en produire les lésions et à les aggraver. L'intoxication vient-elle à cesser, un certain nombre de signes disparaissent, une rémission se produit, et elle apparaît d'autant plus marquée que bon nombre de signes en rapport avec l'alcoolisme appartiennent également au syndrome paralytique.

Les rémissions surviennent tantôt sans qu'on en puisse saisir la cause, tantôt consécutivement à la suppression d'un ou plusieurs facteurs étiologiques, des toxiques notamment; bon nombre de rémissions ont été constatées à la suite d'infections graves, de suppurations étendues, de phlegmons, d'abcès du foie, de plaies, de contusions, de fractures, d'amputations ; et les auteurs du siècle dernier les ont attribuées à l'application prolongée de cautères et de sétons à la nuque.

Pour certains auteurs, la mise en œuvre des divers agents thérapeutiques proposés pour le traitement de la paralysie générale, pourrait, dans certains cas, déterminer la production de rémissions et même de guérisons.

Leur *pathogénie* n'est guère connue, toutefois on conçoit que si certains symptômes observés : agitation, délire expansif par exemple, sont sous la dépendance d'un état congestif passager du cerveau, toute cause influant sur cet état, en modifiant le cours du sang, aura pour conséquence la diminution de ces symptômes et la production d'une rémission.

Il est probable d'autre part que la teneur de l'organisme en agents irritants de toute nature, toxiques exogènes, poisons autochtones, joue un rôle considérable dans la marche de la paralysie générale ; et que, de sa diminution, doit dépendre la production de temps d'arrêt plus ou moins longs dans l'évolution de la maladie.

L'influence des rémissions, dit Dupré, porte tantôt sur l'ensemble des symptômes, tantôt sur les signes psychiques avec persistance des troubles paralytiques, tantôt sur les désordres somatiques avec persistance de l'affaiblissement intellectuel. Leur durée est essentiellement variable, et peut être de quelques semaines, quelques mois, et même quelques années.

Ces rémissions sont dites *incomplètes* ou *fausses* lorsqu'elles ne portent que sur quelques symptômes, elles sont dites *complètes* ou *vraies* lorsque l'ensemble des symptômes est influencé.

Le tableau suivant en montre les diverses variétés :

Rémissions incomplètes ou fausses	Momentanées		Fréquentes
	Durables	Forme chronique Forme circulaire	Rares
Rémissions complètes ou vraies	Momentanées (Intermissions)		Rares
	Durables		Rares
	Définitives ou guérison		Très rares

Les *rémissions incomplètes* ou *fausses* n'impliquent aucune rétrocession dans la marche de la maladie, elles sont caractérisées le plus souvent par la diminution des troubles psychiques et l'amélioration de l'état physique, en un mot par la suspension, l'atténuation ou la disparition partielle des symptômes.

La première variété : *rémission momentanée,* est la plus fréquente, sa durée est variable, elle peut se reproduire un grand nombre de fois chez le même malade. C'est elle que l'on observe le plus souvent dans les asiles d'aliénés, les paralytiques généraux entrés excités et délirants, se calment bientôt ; aux idées de grandeur absurdes succèdent quelques idées de satisfaction qui bientôt disparaissent à leur tour, et les malades aux pupilles toujours inégales, à la langue encore tremblante, sont pour quelques semaines et même quelques mois en état de s'occuper régulièrement à l'asile, parfois même au dehors. Mais ils ne sont pas guéris ; les signes physiques dont nous venons de parler demeurent les témoins de l'irrémédiable atteinte subie par leur système nerveux ; leurs facultés intellectuelles, leur sens moral surtout n'ont pas recouvré leur intégrité, et l'on ne doit pas oublier qu'il s'agit toujours de malades et qu'ils doivent être considérés comme irresponsables de leurs actes. L'évolution de la maladie ne tarde pas du reste à nous le rappeler ; à la suite de surmenage, du moindre excès alcoolique, une rechute se produit, annoncée par un ictus congestif, une attaque épileptiforme ou par un accès délirant qui rendent l'internement de nouveau nécessaire. Une fois, deux fois ou plus encore, ces phénomènes de rémission pourront se reproduire avant que les malades ne s'acheminent vers la déchéance terminale.

Les *rémissions durables,* qui forment la deuxième variété des rémissions incomplètes, sont beaucoup moins fréquentes. Leur durée peut atteindre plusieurs années ainsi que le montrent les observations publiées.

En 1903, Schæfer rapporte le cas d'un officier qui, après avoir présenté pendant deux ans les symptômes de la paralysie générale, eut une rémission de même durée, pendant laquelle il fut en état d'accomplir d'une façon satisfaisante des travaux intellectuels compliqués, exigeant l'emploi de la sténographie qu'il ignorait jusque là. L'évolution ultérieure et l'autopsie vinrent confirmer un diagnostic qui pendant un certain temps avait été tenu pour douteux. Notons que quelques signes physiques, l'inégalité pupillaire en particulier, n'avaient jamais disparu.

G. Doutrebente et L. Marchand ont publié en 1903 également, l'observation d'un employé de commerce qui succomba vingt-trois ans après le début présumé de la paralysie générale. Le 1er septembre 1875, on constate chez lui de l'affaiblissement intellectuel avec incohérence dans les idées, et de l'inégalité pupillaire. Le diagnostic de paralysie générale est fait par plusieurs aliénistes. Dès les premières années de son internement, le malade présente une rémission qui persiste jusqu'en mars 1897, soit pendant près de vingt ans. Durant cette longue période, l'affaiblissement des facultés intellectuelles, l'embarras de la parole, l'inégalité pupillaire persistèrent tout en demeurant stationnaires, et le malade s'occupa à la cuisine de l'asile. En mars 1897, il a une attaque épileptiforme (perte de connaissance, mouvements toniques et cloniques, gâtisme, coma), après laquelle il reste complètement inconscient et gâteux. Les troubles de la parole sont alors très accusés ; la parole est lente presque inintelligible ; le malade semble avoir de la bouillie dans la bouche. L'affaiblissement intellectuel est tel, que le malade ne se souvient d'aucune date. Cet état persiste pendant deux mois.

Au mois d'août de la même année, nouvelle rémission ; le malade ne gâte plus, la mémoire est revenue sur certains points, de nouveau il demande à s'occuper.

Cette nouvelle rémission persistait depuis un an lorsque au mois de septembre 1898 le malade perd subitement connaissance, tombe dans le coma et meurt en quelques minutes.

A l'autopsie, les auteurs trouvèrent associées les lésions de la paralysie générale et de l'athéromasie cérébrale. Le malade avait succombé à une hémorrhagie du tronc basilaire.

Voilà de fort remarquables exemples de rémissions de longue durée, on en trouvera un autre un peu plus loin.

Ainsi que nous l'avons vu, ces rémissions se rencontrent surtout chez les héréditaires, et l'observation personnelle que nous rapportons plus loin en est un exemple.

Le cas de Doutrebente et Marchand et le nôtre montrent déjà quelle est la marche de la maladie au cas de rémission durable.

Tantôt la paralysie générale affecte d'emblée une *forme chronique* ; tout au plus note-t-on au début de l'incohérence dans les idées; celle-ci disparaît bientôt et pendant un grand nombre d'années on voit évoluer l'affection sous la forme démentielle simple. D'autres fois, les troubles délirants existent et on peut voir la maladie présenter les allures de la folie à *double forme* (reproduction successive et régulière de l'état ma-

niaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé. Falret). Sans qu'il constitue un exemple typique de cette variété, le cas en présente quelques-uns des caractères, le malade ayant successivement présenté de la dépression mélancolique avec idées de persécution, puis des idées de grandeur et de richesse avec demi-agitation et enfin une rémission extrêmement longue pendant laquelle, tout en présentant les signes physiques de la paralysie générale et un affaiblissement intellectuel notable, il était suffisamment lucide pour se rendre très utile.

Les *rémissions complètes, momentanées,* encore nommées *intermissions,* sont rares ; elles se produisent parfois au début de la paralysie générale, rarement à des périodes plus avancées. Elles portent non seulement sur les états délirants, épisodiques, mais aussi sur les symptômes essentiels de la maladie.

On peut voir des paralytiques généraux cesser de délirer, recouvrer leurs facultés intellectuelles affaiblies, et présenter même en partie une atténuation très marquée des signes physiques : embarras de la parole, inégalité pupillaire, tremblement. Ces rémissions sont de courte durée et la maladie ne tarde pas à reprendre son cours.

C'est à ces intermissions qu'a trait le passage suivant emprunté à G. Falret : « On est frappé d'étonnement en voyant des aliénés, en proie depuis longtemps au délire des grandeurs le plus multiple et le plus incohérent, à l'agitation maniaque la plus violente et à des phénomènes de débilité musculaire déjà très prononcés, revenir comme par enchantement à un état presque normal, reconnaître leurs erreurs, renoncer à toutes leurs idées délirantes et recouvrer leurs forces musculaires. »

Quant aux *rémissions complètes* et *durables* qui équivalent à la *guérison,* elles sont des plus rares : si tous les cas publiés comme tels ne concernent pas des sujets atteints de paralysie générale, des observations probantes de cas de guérison ont été rapportées par des aliénistes de la valeur de Ferrus, Trélat, Morel, Foville, Baillarger, Magnan et Sérieux, Mairet, Wendt, Jastrowitz, Mendel.

Cette question de la possibilité de guérison de la paralysie générale est fort délicate; d'importants problèmes s'y rattachent; la guérison de certaines formes cliniques comme la forme neurasthénique soulève de grosses objections quant au diagnostic de la maladie. On trouvera ces points spéciaux étudiés plus en détail dans le remarquable article de Dupré.

En tous cas, si parmi les observations nombreuses qui ont été publiées, il s'agit parfois d'autres affections, ou de rémission prolongée plutôt que de guérison, quelques observations défiant toute critique montrent que la paralysie générale peut guérir.

Nous ferons suivre ces considérations sur la longue durée de certains cas de paralysie générale et sur les rémissions qui surviennent dans cette maladie, de quelques remarques que nous avons pu faire à ce sujet à l'asile d'Armentières. Nous terminerons en rapportant une observation intéressante de rémission durable.

Les cas de paralysie générale à évolution rapide sont de beaucoup les plus nombreux. Voici du reste ce que nous apprennent les tableaux statistiques de l'asile d'Armentières, concernant ces quatre dernières années (Ils ne tiennent compte il est vrai que de la durée du séjour à l'asile, mais comme il s'agit d'indigents, le début de l'internement marque à peu de chose près le début apparent de la maladie, l'*époque réelle* du début étant du reste souvent très difficile à déterminer.

Sur 300 paralytiques généraux,
181 sont morts dans les six mois,
40 sont morts après six mois et avant un an de séjour,
54 après un an et avant deux ans,
20 après deux ans et avant cinq,
5 seulement après plus de cinq années de séjour à l'asile.

Si bien, qu'en tenant compte de ces données, nous voyons que plus de 98 0/0 des paralytiques généraux sont morts moins de cinq ans après leur entrée à l'asile.

Dans un cas, la longue durée de l'affection retient tout particulièrement l'attention : Il s'agit d'un homme entré le 27 février 1881 et chez lequel M. le Dr Dubiau alors directeur médecin de l'établissement, constata *l'état avancé de la paralysie générale.* Or, une longue rémission survint, pendant laquelle le malade s'occupa à la lingerie ; et, *plus de vingt ans après,* le 26 mai 1901 il succombait et on trouvait à son autopsie les lésions caractéristiques de la paralysie générale. (Cette observation a du être publiée avec les réflexions qu'elle comporte par M. le Dr Kéraval.)

Voici maintenant un cas où la durée de l'évolution n'atteignit pas la remarquable longueur que nous venons de signaler, mais qui mérite néanmoins d'être publiée :

Observation. — Marec. ., trente-trois ans, chauffeur, est admis à l'asile d'Armentières le 30 décembre 1890. Son père est épileptique. Lui-même ne présente pas d'antécédents ; il ne s'est jamais livré à la boisson et sa conduite a toujours été irréprochable ; marié depuis 1883, il a deux enfants.

Un an avant son entrée, il présenta des accidents épileptiformes, et commença à donner des signes d'aliénation mentale : il n'osait plus approcher de la machine dont il entretenait le foyer, car il voyait des personnes disposées à lui faire mal. Cela dura plusieurs mois, pendant lesquels il demeura dans un état de dépression mélancolique, puis, des idées de grandeur et de richesse apparurent : il voulut s'établir, loua même à cet effet trois grands immeubles afin d'installer une épicerie-cantine ; sa mémoire s'affaiblissait, il devenait méchant, on dut l'interner.

Le certificat médical déclare qu'il est atteint de paralysie générale. A l'entrée on constate en effet les signes de cette affection : idées délirantes de grandeur et de richesse, affaiblissement de la mémoire, embarras de la parole très marqué, tremblement fibrillaire des muscles de la face. Les pupilles sont dilatées, égales.

Dans son certificat de quinzaine, Monsieur le Dr Taguet le déclare atteint de paralysie générale à la deuxième période avec symptômes physiques beaucoup plus prononcés que les symptômes psychiques, les idées délirantes sont moins absurdes, moins contradictoires, il est tranquille.

En mars 1891, son état mental est assez satisfaisant, mais les signes physiques sont toujours accentués, et Marec... se plaint de voir trouble.

Le 18 avril, il sort sur la demande de sa femme ; le certificat de sortie dit qu'il s'agit d'un paralytique général en rémission.

Rentré chez lui, il ne tarde pas à présenter de nouveaux troubles mentaux, tandis que les signes physiques s'accentuent, et il doit être de nouveau admis à l'asile, le 15 mars 1892. Le certificat de 24 heures, dit qu'il est atteint de paralysie générale à la 3e période ses facultés intellectuelles sont affaiblies, il présente de nombreuses idées délirantes de grandeur ; signes physiques accentués, tremblement des muscles de la face, de la langue, des extrémités supérieures. Embarras de la parole caractéristique. Inégalité pupillaire. Ptosis gauche. Faiblesse musculaire ; gâtisme.

Au bout de quelques mois l'état physique devint meilleur et l'état mental plus satisfaisant, on put occuper le malade à des travaux de ménage.

Un an après l'entrée on note que la maladie reste stationnaire et que le malade s'occupe toujours régulièrement.

En juillet 1893, légère congestion cérébrale, de courte durée, le malade se rétablit et pendant près de douze ans son état resta stationnaire.

Les signes physiques ne se modifièrent pas, et jusqu'à la fin, nous avons pu constater : du tremblement des petits muscles de la face, du tremblement très marqué de la langue entraînant un embarras de la parole caractéristique, du tremblement des mains.

Il présentait en outre un ptosis gauche, de l'inégalité pupillaire, la pupille gauche étant la plus grande ; les réflexes oculaires étaient conservés, le fond d'œil était normal.

Durant cette longue période, Marec... présenta les symptômes de la démence paralytique simple, toute idée délirante ayant disparu. Malgré l'affaiblissement de ses facultés, il comprenait ce qu'on lui disait, avait conservé bon nombre de souvenirs, n'était pas désorienté, et était capable de se rendre utile en s'occupant régulièrement aux travaux du ménage.

Depuis environ un an, il était un peu moins ferme sur ses jambes, ce qui ne l'empêchait pas du reste de se livrer à des travaux assez fatigants. Il contracta la grippe à la fin du mois dernier et il succomba en quelques jours à la suite de complications broncho-pulmonaires graves.

A l'autopsie, outre les nombreuses altérations viscérales en rapport avec l'infection qui avait emporté le malade, on constata l'existence au niveau de l'encéphale des lésions caractéristiques de la paralysie générale : inflammation chronique de la pie-mère, qui adhérait fortement en quelques points de l'écorce, des lobes frontaux notamment ; érosions corticales consécutives à l'enlèvement de la méninge ; fines granulations épendymaires. Il n'existait pas d'atrophie marquée des circonvolutions, pas de lésion macroscopique expliquant le ptosis gauche, pas d'athérome artériel.

Voilà donc un malade qui dès le mois de janvier 1890 présente les premiers symptômes de la paralysie générale, non point de la forme démente simple, mais de la forme délirante la plus caractérisée ; après une rémission de courte durée à la suite d'un premier séjour à l'asile d'Armentières, il y revient le 15 mars 1892 et M. le docteur Taguet déclare qu'il est alors atteint de *paralysie générale à la 3e période*, à cette époque encore les idées délirantes sont notées chez lui, mais bientôt elles disparaissent, le malade cesse de gâter, et la paralysie générale présentant alors la forme démente, cesse d'évoluer pendant douze ans. Cette longue rémission fut interrompue par la grippe qui emporta le malade, mais ce dernier, à part une légère diminution des forces physiques, se trouvait dans le même état que douze ans auparavant, si bien que nous pouvons dire que la grippe a interrompu une rémission dont rien n'annonçait la fin.

Ce cas est un exemple tout à fait remarquable de *rémission incomplète et durable*. On remarquera que le malade présente des antécédents héréditaires d'ordre

névropathique, ce qui, jusqu'à un certain point, cadre bien avec la longue durée de l'affection. On notera enfin qu'un accès délirant, mélancolique d'abord, expansif ensuite, a marqué le début de l'affection, et qu'une longue période de calme a suivi. Sans vouloir identifier ce tableau clinique à celui de la folie à double forme, nous n'avons pas cru devoir passer sous silence cette particularité.

BIBLIOGRAPHIE

DOUTREBENTE. — Th. de Paris, 1870.

LEMAITRE. — Paralysie générale de longue durée; Th. de Paris, 1873.

FABRE. — Etude sur la marche de la paralysie générale. Folie paralytique circulaire. *Ann. méd. psych.*, 1874, T. X., p. 197.

DOUTREBENTE. — Des différentes espèces de rémissions qui surviennent dans le cours de la paralysie générale progressive. *Ann. med. psych.*, 1878, T. XIX, p. 161 et 321.

RÉGIS. — Paralysie générale et hystérie. *Gazette médicale de de Paris*, 1882, n° de janvier.

VALLON. — Des rémissions dans la paralysie générale. Prix Civrieux de l'Académie de médecine, 1891.

LUSTIG. — Zur Casuistik der Paralyse. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1900, Bd 57, p. 509.

DOUTREBENTE G. et MARCHAND L. — Un cas de paralysie générale de longue durée. *Soc. med. psych.*, séance du 25 mai 1903. *Ann. méd. psych.*, 1903, n° 2, p. 300.

JUQUELIER P. — Deux observations de paralysie générale chez des hystériques. *Ann. med. psych.*, 1903, T. XVII, p. 281.

SCHAFER G. — Zur Casuistik der progressiven Paralyse (Lange Dauer und erhebliche Remission). *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1903, Bd 60, p. 571.

MARIE. — Des rapports de la paralysie générale et des névroses. *Soc. méd. psych.*, séance du 30 mars 1903. *Ann. med. psych.*, 1903, T. XVIII, p. 128.

DUPRÉ — Paralysie générale progressive. *Traité de pathologie mentale* de Gilbert BALLET, Paris 1903.

Kyste hydatique du foie et ascaris lombricoïde

par le docteur **Juste Colle**, chef de clinique chirurgicale

L'ascaris lombricoïde, si fréquemment observé dans l'intestin grêle de l'enfant, se permet, de temps à autre, d'étranges migrations. On a signalé ce vers, dans la trompe d'Eustache, dans la trachée, dans le cholédoque, dans l'appendice.

Nous venons de le rencontrer, dans une fistule biliaire post-opératoire, à la suite de l'extirpation d'un kyste hydatique du foie. Voici l'observation :

Une enfant de treize ans, Julienne B..., vient à la consultation de M. le Professeur GAUDIER, à l'hôpital Saint-Sauveur, au commencement de juillet 1903. La fillette s'est aperçue, il y a un an environ, de l'apparition d'une petite grosseur, siégeant à l'épigastre.

Pas de maladies antérieures sauf un peu d'anémie l'année précédente. Le père est mort d'affection inconnue, la mère est vivante, mais un ictus apoplectique a laissé une paralysie du bras gauche. Deux enfants sont bien portants ; un autre est mort à deux mois. Il n'y a point dans la commune habitée par l'enfant d'autres cas de kyste hydatique. Chez elle se trouve un chien à l'attache, et qui d'après son affirmation ne l'aurait jamais léchée.

La petite malade est d'apparence chétive. Le crâne normal sans déformations, des croûtes anciennes ont motivé l'ablation des cheveux il y a trois mois. Au niveau de la région malaire droite se remarquent quelques éléments rouges, légèrement saillants, sans caractère particulier. Le faciès est pâle, adénoïdien, les paupières sont bouffies et œdématiées. Pas d'écoulement oculo-nasal ancien ni récent. Pas d'otorrhée. Un peu d'adénopathie axillaire et inguinale. Pas de stigmates de rachitisme.

L'enfant mange bien, les digestions sont faciles, pas de vomissements, les selles sont régulières et normales. De temps à autre apparaissent des poussées d'urticaire, localisées surtout aux bras et aux mains. La fillette n'a point de dégoût des matières grasses ; aime le jambon, les sauces, le beurre, les ragoûts, mais refuse cependant de manger du lard. Les organes sont en bon état. Rien à l'auscultation du cœur ni des poumons.

A l'examen, on voit dans la région épigastrique, une tumeur molle, rénitente, dépressible, assez saillante lorsque l'enfant est dans l'expiration forcée, moins marquée quand la respiration est normale. Le sommet de la tumeur se trouve à un travers de doigt à droite de la ligne médiane et du rebord costal droit, à deux travers de doigt de l'appendice xyphoïde et du rebord costal gauche.

La tumeur occupe toute la région épigastrique et descend jusqu'à une ligne passant par trois travers de doigt en dessous des fausses côtes. La peau a sa couleur normale à ce niveau. Point d'ictère, ni de circulation collatérale. Il n'y a pas d'interruptions entre la matité de la tumeur et la matité hépatique, qui, en dessous d'elle, existe encore sur un bon travers de main.

La tumeur mesure dix centimètres de haut sur douze centimètres de large. Le foie lui-même commence au niveau du septième espace intercostal et descend à deux travers de doigt en dessous des fausses côtes.

Une ponction exploratrice faite il y a huit jours a donné un liquide clair comme de l'eau de roche. Cette ponction n'a point été suivie de poussée d'urticaire ; mais le pansement au collodion iodoformé provoqua une petite plaie non encore cicatrisée.

Opération le 6 juillet : La paroi abdominale est incisée de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Le foie congestionné, noirâtre, apparaît dans l'incision. Dans le haut de la plaie on voit bomber en verre de montre la paroi blanchâtre du kyste. Après avoir isolé la grande cavité abdominale par des compresses, cette paroi est incisée. Il s'en écoule un liquide jaunâtre légèrement trouble. On se trouve alors en présence d'une seconde poche formée par la membrane élastique, doublée de la membrane germinative. Cette poche, extraite avec la plus grande facilité, contient, elle, un liquide parfaitement clair.

Il y avait donc eu décollement de la poche élastique de la membrane conjonctive développée aux dépens du foie, transsudation de liquide dans ce décollement, et peut-être commencement d'infection du liquide transsudé.

Étant donné ce commencement d'infection, le kyste n'est pas suturé.

On enlève le plus possible de membrane élastique, et ce qui est adhérent est fixée à la peau.

Il reste ainsi une cavité qui doit s'étendre jusqu'à la veine cave et peut avoir le volume de deux poings.

Dès le lendemain de l'intervention, il y a par la plaie un écoulement très abondant de bile. Il s'est produit une fistule biliaire.

Le 8 juillet, le pansement est rempli de bile, et les selles sont décolorées. L'état général est si faible, que chaque jour, depuis l'opération, on fait au moins deux litres de sérum. Il y a tendance à la suppuration autour de la poche marsupialisée. C'est du reste à ce niveau au-dessus de la poche que se fait l'écoulement de bile.

L'état reste stationnaire pendant les jours qui suivent. La poche tend de plus en plus à se décoller, et l'écoulement biliaire persiste ; le pansement est totalement souillé en 24 heures ; les selles restent décolorées. Il paraît évident que le cholédoque est oblitéré et que toute la bile passe par la fistule.

Pendant un mois, l'état général de la malade ne se relève pas, elle paraît très affaiblie, l'issue considérable de bile qui salit le pansement oblige à le renouveler tous les jours et quelquefois même deux fois par jour.

Le 8 août, quelle n'est pas notre surprise de voir, pendant le pansement, apparaître au fond de la plaie l'extrémité libre d'un lombric vivant. Il est saisi dans une pince et en l'étirant on arrive à l'extraire de la profondeur. Le jour même un vermifuge amène l'expulsion par l'anus de quatre lombrics.

Dès lors, tout va à peu près rentrer dans l'ordre. La suppuration les jours suivants diminue, l'écoulement de la bile est moins abondant, peu à peu les fèces se recolorent.

Bientôt ce qui reste de la poche kystique se détache et on se trouve en présence d'une cavité du volume d'un poing qui commence à bourgeonner,

Trois semaines après l'élimination du lombric, la plaie est cicatrisée, l'état général s'améliore rapidement, et l'enfant sort de l'hôpital.

J'ai personnellement revu cette malade au mois de février 1905 et je n'ai pu la reconnaître qu'à la cicatrice abdominale, tellement l'enfant était changée, fortifiée et en pleine croissance.

Il est bien évident que nous nous trouvons en présence d'une observation nouvelle de migration de l'ascaris lombricoïde. Ce ver, qui vivait primitivement dans l'intestin, avait gagné le cholédoque, le canal hépatique, probablement un canal biliaire, puis ensuite la cavité laissée par l'extirpation du kyste hydatique.

Il n'était pourtant pas encore sorti de l'intestin au moment où nous vîmes pour la première fois notre petite malade, car il eût manifesté sa présence si déjà à cette époque il s'était engagé dans les canaux biliaires. Or, dans les antécédents, on ne note ni ictère, ni décoloration des selles. C'est donc seulement deux jours après l'incision du kyste hydatique que, par une singulière coïncidence, l'ascaris commence sa mignation. Immédiatement, il traduit sa présence en empêchant la bile de s'écouler vers l'intestin ; du même coup la totalité de la bile passe par la plaie, et l'absence de rétention fait que l'ictère n'apparaît point.

Il nous était fort difficile de comprendre la cause de cette oblitération subite du cholédoque. Celle-ci resta inexpliquée jusqu'au moment de l'apparition du ver au fond de la plaie. Ce ver enlevé, le cours normal de la bile se rétablit et la malade guérit rapidement de son kyste hydatique et de sa fistule biliaire.

Note sur un cas de pneumonie franche aiguë du côté droit, avec herpès de la lèvre supérieure, de l'aile droite du nez et de l'oreille droite.

Par O. Riché, externe des hôpitaux.

Nous avons observé, dans le service de M. le professeur Combemale, un malade présentant une pneumonie franche aiguë et une éruption généralisée d'herpès. Il nous a paru intéressant de relater le fait, non pas tant à cause de sa rareté, la coïncidence de l'herpès et de la pneumonie étant fréquente et normale, mais surtout en raison de la généralisation de l'éruption et du moment d'apparition pendant l'évolution de la maladie.

Le 6 mars est entré, dans la salle Sainte-Catherine, un homme de vingt-neuf ans, bien constitué, présentant comme antécédents morbides une bronchite simple pour laquelle il s'est déjà fait soigner dans le service.

Le 4 mars au matin, à la suite d'un refroidissement, il est pris d'un frisson violent accompagné de céphalalgie, de courbature, de dyspnée et d'une toux sèche et fréquente. Un violent point de côté, siégeant un peu en arrière du mamelon droit, complète le tableau symptomatique.

Nous l'examinons le 6 au matin à la visite. La fièvre est intense, 39°6, le pouls est à 120, fort, régulier, sans intermittences. Le malade est très abattu, répondant avec peine aux questions que nous lui posons ; sa respiration est fréquente, haletante et nous avons compté jusqu'à quarante mouvements respiratoires à

la minute. La toux est sèche, accompagnée d'une expectoration abondante de crachats rouillés.

A l'examen de la poitrine nous trouvons tous les signes d'une pneumonie franche aiguë droite : matité à la percussion : bronchophonie, souffle tubaire, râles sous-crépitants à l'auscultation.

Le 7 au matin la température est de 39°2, le pouls reste à 120. L'état de la poitrine n'a subi aucune modification sensible ; mais nous notons l'apparition sur la lèvre supérieure de vésicules d'herpès partant des ailes du nez et allant en triangle jusqu'aux commissures labiales. Elles recouvrent toute la lèvre supérieure à la façon d'une vaste plaque. Quelques vésicules se remarquent également sur l'aile droite du nez.

Le 8 mars la température est à 39°4. L'état du malade est stationnaire, il paraît même plus oppressé, l'herpès labial constaté la veille persiste avec autant d'intensité. Les vésicules sont plus nombreuses sur l'aile droite du nez et nous constatons sur l'oreille droite de nombreuses vésicules agglomérées, surtout sur le bord postérieur et supérieur du pavillon. Rien dans le conduit auditif, pas de surdité.

L'état reste alors stationnaire pendant quatre jours. Le 11 le malade a une température de 38°8 et un pouls à 110. Malgré cette légère baisse de température il nous semble être plus mal, sa dyspnée s'est beaucoup accrue, il est couvert de sueurs.

L'herpès labial présente quelques croûtes, l'herpès de l'oreille et du nez n'a pas changé.

Le 12 au matin la température est tombée à 36°4, le pouls à 80, le malade respire avec plus de calme, il se sent soulagé. Les phénomènes stéthoscopiques sont légèrement modifiés ; les râles sont moins nombreux, le souffle s'entend aux deux temps de la respiration.

L'herpès labial commence à disparaître, quelques croûtes apparaissent sur le nez et sur l'oreille.

L'évolution se fait alors normalement vers la guérison et neuf jours après le début de la période d'invasion, le malade est en convalescence.

Dans cette observation nous ne nous sommes pas attardé sur la description d'une pneumonie dont la marche a été typique, l'évolution régulière, mais nous ferons remarquer que notre cas tire son intérêt de l'éruption herpétique.

Depuis que Fernet, Seglas et Feris ont les premiers révélé l'erreur qui consistait à voir dans l'herpès au cours de la pneumonie un phénomène critique, on n'est plus tenté d'attribuer à l'éruption un pronostic défavorable. Bien mieux, on cherche plutôt à la considérer comme un phénomène banal, et de bon augure. Notre observation plaide en faveur de cette théorie.

Malgré la généralisation de la vésiculation, la maladie a suivi son évolution habituelle, peut-être la température a-t-elle été un peu plus élevée, mais la crise est arrivée à son heure et aucune complication ne fut redoutée. En résumé il paraît bien évident que l'herpès sous toutes ses formes et dans toute son intensité semble un symptôme habituel de la plupart des localisations pneumoniques, et qu'à ce titre on ne doit jamais en redouter l'apparition ni même l'étendue.

Consultations Médico-Chirurgicales

Cancer du col utérin,

grossesse, accouchement

Professeur-adjoint M. Oui.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Au cours d'une grossesse, une femme, paraissant jusqu'alors bien portante, présente des pertes sanguines plus ou moins abondantes, tantôt presque continues, tantôt irrégulièrement espacées. Ces hémorrhagies s'accompagnent d'un écoulement d'abord leucorrhéique, puis sanieux, plus ou moins fétide.

L'examen fait constater : 1° l'existence d'un utérus gravide, 2° des modifications du col, qui est irrégulier, boursouflé, induré, épaissi, plus ou moins ulcéré, bourgeonnant et qui saigne facilement au moindre contact du doigt.

L'ensemble de ces symptômes permet, presque toujours, de porter le diagnostic de *cancer utérin coïncidant avec la grossesse.* Dans les cas douteux, une excision d'un fragment du col permet de faire ou de faire faire un examen histologique qui confirme le diagnostic.

INDICATIONS CLINIQUES. — La vie de la mère est tellement compromise par le cancer du col, les opérations radicales (hystérectomie vaginale ou abdominale) sont si souvent suivies rapidement de récidive, qu'il y a lieu de se préoccuper avant tout d'assurer autant que possible l'existence de l'enfant.

a) Donc, dans le cas où le cancer est reconnu pendant la grossesse, tous les efforts doivent tendre à mener cette grossesse jusqu'à terme.

b) Au moment de l'acouchement, la conduite à tenir doit, surtout, dépendre de l'état de l'enfant, l'accoucheur ayant, en même temps, la préoccupation de réduire au minimum les dangers pour la mère.

c) Pendant les suites de couches, la mère rentre dans les conditions habituelles. Le traitement variera donc, suivant que le cancer sera opérable ou inopérable. On fera, alors, suivant les cas, le traitement radical ou le traitement palliatif.

TRAITEMENT. — Les moyens à employer sont tout différents suivant les moments où l'intervention du médecin est requise.

Pendant la grossesse. — Le traitement, à cette période, doit être surtout un traitement symptomatique dirigé contre la douleur, les écoulements fétides, les hémorrhagies.

Douleur. — Contre la douleur, il convient d'employer, suivant les besoins, les injections hypodermiques de **morphine**, les lavements de laudanum ou de morphine, le **chloral** en potion ou en lavement.

Ecoulements fétides. — Contre les écoulements fétides, on donnera des **injections tièdes et à faible pression**, avec la solution de permanganate de potasse à 1 pour 2000, l'eau oxygénée à 6 volumes, l'eau phéniquée à 1 pour mille, la solution d'aniodol. L'**aniodol** a l'avantage d'être un excellent désodorisant l'**eau oxygénée** est, en même temps, très antiseptique et hémostatique.

Hémorrhagies. — Contre les hémorrhagies vous prescrirez le **repos absolu** et les **injections vaginales** antiseptiques énumérées ci-dessus, mais à la température de 50°.

Si les hémorrhagies ne cèdent pas à ces moyens, faites le **tamponnement vaginal** à la gaze iodoformée.

Enfin et seulement si les hémorrhagies sont très abondantes et mettent la vie de la mère en danger, **on pratiquera, avec les ciseaux et la curette l'excision et l'abrasion des fongosités cancéreuses et on fera, ensuite, la cautérisation avec le gros champignon du thermo-cautère.** Il ne faudra recourir du reste à cette intervention que si les autres moyens ont échoué, car elle expose à l'interruption de la grossesse.

Pendant l'accouchement. — Il convient, avant toute résolution, de distinguer dans quelle proportion le col de l'utérus est atteint par le cancer.

a). — **Le cancer est limité et n'a atteint qu'une partie du col.** — Lorsque le cancer est limité et n'atteint qu'une partie du col, la dilatation pouvant se faire aux dépens de la portion du col restée saine, **il convient de temporiser.**

Si la dilatation s'opère sans trop de temps et de difficultés, si le fœtus ne souffre pas, on se contentera de donner, pendant le travail, des injections chaudes, antiseptiques et répétées, tant pour exciter les contractions utérines que pour lutter contre l'infection qui est tout particulièrement à craindre.

b) **Le cancer est étendu et a atteint la majeure partie du col.** — Lorsque le cancer a atteint tout le pourtour ou la plus grande partie du col qui ne se dilate pas, il **ne faut pas tenter de terminer par le forceps ou la version l'accouchement par les voies naturelles.** Ne faites pas d'incision dans le col, les incisions ainsi faites en tissu malade s'étendent très loin et par là sont dangereuses. Ne vous servez pas non plus, surtout dans le cas de cancer opérable, des ballons dilatateurs qui ne vous donneront souvent une dilatation suffisante qu'au prix de déchirures dangereuses.

La conduite à tenir consiste en une intervention opératoire, qui sera différente suivant que l'enfant est mort ou vivant, que le cancer est opérable ou inopérable.

1° *L'enfant est vivant et viable.* — Dans ce cas :

α) Si le cancer est opérable, c'est-à-dire s'il est bien limité au col il ne faut pas hésiter à faire **l'opération césarienne** qui permet d'avoir un enfant vivant et en bon état. On pratiquera ensuite l'hystérectomie abdominale totale.

β) Si le cancer est inopérable, l'opération césarienne s'impose de la même façon ; mais l'hystérectomie est impossible. D'autre part, il est préférable de ne pas rentrer dans la cavité péritonéale un utérus qui a les plus grandes chances d'être infecté.

Il faut alors pratiquer l'**opération de Porro** (amputation utéro-ovarique avec traitement externe du pédicule). Ainsi la cavité péritonéale sera mise à l'abri de l'infection et les risques immédiats réduits au minimum.

2° *L'enfant est mort.* — Dans ces conditions, on pourra :

α Si toutefois le col est suffisamment ouvert, **enlever la plus grande partie possible de la tumeur,** l'abraser aux ciseaux, à la curette et au thermo-cautère, puis extraire l'enfant, après en avoir réduit le volume par l'**embryotomie.**

β Si le col est insuffisamment ouvert et ne peut laisser passage au fœtus, même mutilé, qu'au prix de déchirures étendues, abandonner sans hésiter toute tendance d'extraction par les voies naturelles. On fera alors, si le cancer est opérable, l'hystérectomie abdominale totale ; si le cancer est inopérable, l'opération de Porro.

Pendant les suites de couches. — L'accouchement ayant eu lieu par les voies naturelles, la femme se trouve dans les conditions de toute femme atteinte de cancer du col, avec les chances d'infection puerpérale en plus. Il y a donc nécessité à faire une **antisepsie** rigoureuse à l'aide d'injections vaginales répétées.

α) Si le cancer est inopérable, on emploie le traitement palliatif habituel : on calmera les douleurs, on diminuera les inconvénients des écoulements sanieux par les injections antiseptiques et désodorisantes ; on pratiquera le tamponnement en cas d'hémorrhagies ; on fera, au besoin, l'excision et le curetage des bourgeons cancéreux, suivis de la thermo-cautérisation.

β) Si le cancer est opérable, on pratiquera, quinze à vingt jours après l'accouchement, l'ablation de l'utérus cancéreux. Alors, encore, c'est l'**hystérectomie abdo-**

minale qui s'impose, l'hystérectomie vaginale étant rendue très laborieuse et très pénible par la friabilité des parois utérines pendant la période d'involution.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Influence des règles

C'est une idée populaire en France qu'une femme ayant ses règles ne peut réussir les sauces et en particulier les « mayonnaises ». Le docteur Ysambert, de Tours, rapporte quelques préjugés propres à la Touraine sur l'influence des règles.

Les vignerons tourangeaux prétendent tous qu'une femme qui a ses règles ne doit pas pénétrer dans un cellier, surtout si le vin est en cuve et en pleine ébullition. Le vin tournerait et deviendrait aigre.

L'entrée des champignonnières est de même interdite aux femmes, car si l'une d'elles avait ses règles, les champignons ne pousseraient pas ou seraient mauvais.

Cette idée sur l'action nuisible des règles se retrouve même en Indo-Chine. A Saïgon, les femmes ne sont pas employées à la manufacture d'opium. En présence d'une congaï ayant ses règles l'opium tournerait.

Le Dr Laurent a cité à ce sujet d'autres faits encore plus curieux, celui, entre autres, de deux jeunes femmes, très bonnes violonistes, jouant souvent dans les salons et les concerts de charité et qui étaient obligées de s'excuser chaque fois qu'elles avaient leurs règles, parce que leurs cordes cassaient souvent pendant cette période.

Mais le cas le plus extraordinaire est le cas de ce musicien qui jouait de la contrebasse dans un théâtre, et dont une corde de son instrument, le *sol*, cassait invariablement chaque fois que sa femme avait ses règles. (*Méd. Mod.*)

NOUVELLES & INFORMATIONS

Par arrêté ministériel du 9 mai 1905, M. le docteur HAUTEFEUILLE, ex-interne provisoire des hôpitaux de Lille, professeur suppléant à l'école de médecine d'Amiens, a été déclaré digne de la *médaille d'honneur des épidémies*, en bronze, pour le dévouement dont il a fait preuve au cours des épidémies de fièvre typhoïde et de variole de 1901 à 1903.

Notre Carnet

Le 6 mai a été célébré, à Cysoing (Nord), le mariage de M. le docteur François LEGRAND, de Bohain (Aisne), avec Mademoiselle Louise DESMONS. Nous adressons à notre excellent confrère nos meilleurs vœux et souhaits.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs ROY DE CLÔTTE, de Salles (Gironde); LEGOUGEUX, de Saint-Pierre-sur-Dives (Calvados).
Armand FREY, pharmacien honoraire à Douai.

BIBLIOGRAPHIE

Pour soigner les maladies vénériennes, sexuelles et urinaires, par le docteur GALTIER-BOISSIÈRE, officier de l'Instruction publique. — Prévention. Conformation et fonctions des organes génitaux. — Blennhorragie. — Chancre mou. — Syphilis. — Herpès génital. — Végétations. — Phimosis. — Pertes sexuelles. — Impuissance. — Stérilité. — Rétrécissement de l'urètre. — Rétention et incontinence d'urine, avec 41 figures dans le texte. Un volume in-18 Jésus. Librairie C. REINWALD. — SCHLEICHER Frères et Cie, éditeurs, Paris, 15, rue des Saints-Pères, 15, Paris (VIe).

L'ouvrage du Dr GALTIER-BOISSIÈRE s'adresse à trois publics :

1° En premier lieu à toutes les personnes qui peuvent contracter ou ont contracté une des trois variétés de maladies dont il embrasse l'étude ;

2° Aux médecins désireux de trouver un rapide résumé des signes et du traitement actuel de ces affections ;

3° Aux hommes d'enseignement et aux pères de famille qui y apprendront la gravité des maladies vénériennes et sexuelles, leurs complications, les conditions dans lesquelles elles sont contractées, enfin l'importance d'être renseigné sur l'état de santé des candidats au mariage. Nulles maladies ne doivent être plus attentivement soignées, plus complètement connues que les maladies vénériennes, car non seulement elles frappent gravement le malade, mais l'une d'elles, la syphilis, pouvant être héréditaire, frappe la race, et toutes sont susceptibles d'atteindre des innocents (femme, nourrice, enfants, parents ou amis), soit directement, soit par l'intermédiaire d'un objet

Œuvre d'un spécialiste qui s'est fait connaître par de nombreux ouvrages de vulgarisation scientifique, ce livre contient ce que tout le monde devrait savoir sous une forme claire, précise, dépourvue de tout détail inutile.

Une table des matières très développée permet de trouver immédiatement le renseignement désiré et quarante et une figures éclairent le texte par des illustrations typiques.

Résumé de la Table. — Conformation et fonction des organes sexuels à l'état normal dans les deux sexes. — Urétrite blennorrhagique chez l'homme et chez la femme (formes aiguë et chronique, complications, médications diverses).

Chancre mou (formes, complications, traitement).

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE (1)

L'Iode physiologique

La médication iodo-iodurée, vaso-dilatatrice, altérante, fondante et régénératrice, domine actuellement la clinique journalière, surtout depuis qu'il est démontré que l'Iode fait partie intégrante et constitutive de l'organisme normal. Le but à atteindre, en pratique, était de pouvoir éviter les accidents de l'iodisme en obtenant la parfaite tolérance du métalloïde.

La question a été résolue, depuis quelques années, par l'emploi de l'iode physiologique, le Peptoniode, combinaison parfaite et définie de l'iode et de la peptone, que M. E. Galbrun découvrit en 1896, et dont il a fait une solution concentrée et titrée, bien connue en pharmacie sous le nom d'Iodalose.

Le Peptoniode, ainsi que l'ont prouvé de nombreuses expériences, n'est pas décomposé par les sucs de la digestion, et son absorption intégrale ne peut donner lieu aux divers accidents de l'iodisme, accidents produits tant par l'intolérance des voies digestives pour l'iode libre, que par les doses exagérées d'iode (76 0/0) qu'on introduit dans l'économie par l'emploi des iodures alcalins. Son affinité pour nos cellules vivantes, sa parfaite assimilation, la facilité de son administration par gouttes concentrées (cinq

(1) Ex. *Journal des Praticiens*, Paris.

gouttes d'Iodalose contiennent un centigramme d'iode assimilable, et vingt gouttes agissent comme un gramme d'iodure alcalin) expliquent ses succès hautement reconnus et appréciés par nos plus savants maîtres des hôpitaux, ainsi que par les praticiens les plus consciencieux.

Dans les maladies zymotiques, le Peptoniode facilite les réactions défensives de l'économie; c'est un actif anditode des intoxications métalliques, saturnines et autres. Puissant modificateur de la diathèse scrofulo-tuberculeuse, autant pour résoudre et illiminer les néo-formations et pour rénover l'histogénèse, il triomphe le plus facilement du lymphatisme chez les femmes et les enfants en exaltant leur vitalité.

Résolutif et antiscléreux, anti-obésique et anti-uricémique, vaso-dilatateur et décongestif par excellence, l'Iode physiologique s'applique utilement à toutes les manifestations de l'arthritisme et principalement aux affections chroniques des articulations, du cœur, des gros vaisseaux, du rein, etc. Il remplace avantageusement l'iodure dans la cure de la syphilis, surtout dans les accidents tertiaires : ce fut même là sa première application publiée, si l'on s'en rapporte à la remarquable communication faite par MM. Gilbert et Galbrun au Congrès international de médecine de Paris 1900.

On doit aussi songer au Peptoniode dans le rachitisme et les affections osseuses, les anémies graves, la leucémie, les adénopathies, l'asthme et les affections respiratoires rebelles (c'est un parfait eupnéique), dans les maladies du système nerveux et des organes des sens, les dermatoses constitutionnelles, l'actinomycose, les phlegmasies chroniques ultéro-ovariennes, etc., etc.

En résumé, le Peptoniode Galbrun, sous la forme d'Iodalose, possède tous les avantages de fidèle activité curative dévolue à l'iode et aux iodures, avec le privilège très important d'une tolérance constante, qui permet de l'ordonner aux enfants, aux dyspeptiques, aux cachectiques, aux femmes enceintes et aux nourrices.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **L'installation des hôtels des villes d'eau**, par le docteur DARDEL (d'Aix-les-Bains), Paris, *Munier*, 1905.

— **Thérapeutique aérienne antiseptique**, par le docteur COURTOUX (du Mans), Le Mans, imprimerie centrale, 1905.

— **Remarques sur la recherche clinique des albuminoïdes urinaires**, par le docteur M. JACQUEMET, Grenoble, *Allier*, frères, 1904.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

18e SEMAINE DU 30 AVRIL AU 6 MAI 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	3
3 mois à un an	2	4
1 an à 2 ans	»	6
2 à 5 ans	»	2
5 à 20 ans	2	2
20 à 60 ans	11	14
60 ans et au-dessus	13	18
Total	34	49

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	2	6	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	1	»	1	2	»	»	»	»	2	»	2	11	5
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	»	»	2	8	19
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	1	»	2	»	»	3	»	»	2	»	1	3	1	»	»	»	1	»	8	22	17
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	5	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	2	2	1	»	1	»	»	»	»	»	10	18	6
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	1	5	11
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	5
Total	»	»	»	1	»	11	1	»	5	»	1	5	4	5	8	4	»	»	»	3	»	31	80	84

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 436. Neuvième Année. N° 21 Le Numéro : 10 centimes 21 Mai 1905

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique dermato-syphiligraphique de l'hôpital Saint-Sauveur

Traitement du lupus par la photothérapie

par le docteur **Bertin**

Pendant dix-huit mois environ, le traitement du lupus tuberculeux par la méthode de FINSEN a été appliqué à l'hôpital St-Sauveur, dans le service de M. le professeur CHARMEIL ; vingt-huit malades pris au hasard et atteints de différentes formes de lupus ont été exclusivement traités par ce nouveau procédé. Les résultats que nous avons obtenus sont encore trop récents et trop incomplets, ils sont basés sur un nombre d'observations trop restreint pour qu'il soit permis de tirer dès à présent des conclusions fermes de ces premiers essais. Ils nous permettent cependant de nous faire une idée de ce qu'on est en droit d'attendre de cette thérapeutique nouvelle, de la comparer aux anciens traitements qui tous avaient été essayés, avec un égal insuccès d'ailleurs, chez la plupart de nos malades, de nous rendre compte des avantages et des inconvénients de la méthode, des difficultés pratiques rencontrées dans son application : c'est ce que nous nous proposons d'exposer aujourd'hui.

Mais auparavant, il n'est pas inutile de rappeler en quelques mots ce que c'est que la photothérapie du lupus et quels sont les appareils qui servent à l'appliquer.

1° INSTRUMENTATION. — Se basant sur les expériences classiques de DUCLAUX, d'ARLOING, de ROUX, de BOUCHARD et FINSEN, les premiers auteurs qui s'occupèrent de photothérapie attribuèrent les résultats obtenus à l'action bactéricide de la lumière. Cette interprétation est à peu près abandonnée aujourd'hui et l'on admet généralement qu'à côté du pouvoir bactéricide des rayons lumineux, il faut accorder une large part à l'action purement révulsive de ces rayons pénétrant dans la profondeur des tissus.

Il faut tenir compte aussi de l'action particulière des différents rayons ; c'est ainsi que les rayons chimiques sont beaucoup plus actifs que les rayons caloriques, qui possèdent en outre l'inconvénient d'être profondément irritants pour la peau.

Nous voyons donc, dès à présent, qu'un appareil de photothérapie se composera essentiellement des éléments suivants :

A. *D'une source lumineuse* suffisamment intense. Il faudra de plus que cette source lumineuse soit riche en rayons chimiques. La lumière solaire, dans certaines contrées, ou mieux l'arc voltaïque, rempliront ces conditions. Les lampes à incandescence, à acétylène et autres ne conviendront pas, car elles fournissent trop peu de rayons chimiques.

B. *D'un appareil destiné à priver la lumière de ses radiations caloriques.*

A côté de ces deux conditions essentielles, il en est une autre, tout aussi importante, à réaliser. Nous savons que tous les tissus ne sont pas également perméables à la lumière. La peau est traversée facilement par les rayons, le sang jouit au contraire d'un pouvoir absorbant considérable. Cela se comprend aisément d'ailleurs, puisqu'il forme un véritable écran rouge interposé sur le trajet des rayons lumineux et il est de connaissance vulgaire que la lumière rouge possède un pouvoir actinique presque nul. Il importe donc de rendre aussi exsangues que possible les tissus soumis à l'action de la lumière. On y arrive pas l'emploi du compresseur.

Ceci dit, voyons comment ces conditions sont réalisées dans la pratique. Nous ne décrirons pas l'appareil de Finsen, qui présente l'inconvénient d'exiger une installation très coûteuse, un arc voltaïque d'une intensité de 60 à 80 ampères qu'il n'est pas toujours aisé de se procurer, en un mot qui convient très bien dans un institut spécialisé, mais non dans des cliniques plus modestes. Nous décrirons donc la lampe de Lortet et Genoud, puis celle de Foveau et Trouvé, qui ont été utilisées dans les expériences qui servent de base à ce travail.

A. *La source lumineuse.* — Elle se compose d'un arc voltaïque d'une intensité de 13 à 15 ampères et d'une force électromotrice de 55 à 64 volts. Cette source lumineuse est beaucoup plus faible que dans l'appareil de Finsen, et nous verrons comment on y remédie. Les charbons sont inclinés l'un vers l'autre à angle aigu, dispositif qui présente l'avantage de donner aux rayons lumineux une direction perpendiculaire à la région soumise à l'application. La lampe est mobile dans tous les sens ; le réglage se fait à la main, au moyen d'un système de vis.

B. *Absorption des rayons caloriques.* — Entre la source lumineuse et la région traitée est interposé une sorte d'écran formé par une cuvette métallique à double paroi dans laquelle circule un courant d'eau froide. Cette cuvette est percée d'un orifice destiné à laisser passer la lumière, orifice dont le centre correspond à l'axe du cône lumineux émis par l'arc voltaïque. Sur cet orifice vient s'appliquer l'obturateur ou compresseur. Cet appareil se compose d'une monture métallique en forme de tronc de cône, dont les deux extrémités sont fermées par une lentille en cristal de roche. A l'intérieur de ce compresseur, qui n'est en somme qu'une sorte de petite cuvette à parois transparentes, circule, comme dans la grande cuvette un courant d'eau froide. Cette double circulation d'eau a pour résultat de priver la lumière de la plus grande partie de ses rayons caloriques, et il suffit, pour s'en convaincre, d'appliquer la main à la surface du compresseur, qu'on trouve absolument froid. Ce dispositif permet aussi de placer la région malade à une faible distance (3 ou 4 centimètres) de la source lumineuse, et par conséquent d'utiliser un nombre de rayons chimiques bien plus considérable que dans l'appareil Finsen : c'est ce qui explique que l'appareil de Lortet et Genoud puisse utiliser une source lumineuse beaucoup moins intense que celui de Finsen, et négliger l'emploi du condensateur, absolument indispensable lorsque la lampe se trouve à une assez grande distance de la région traitée.

B. *Anémie de la région traitée.* — Le malade applique lui-même directement la région à soumettre aux rayons à la surface du compresseur, et on lui recommande d'appuyer aussi fortement que possible pendant toute la durée de la séance. Cette pression suffit à chasser le sang des tissus, qu'on peut voir absolument exsangues, à travers les lentilles du compresseur.

Quelques mots suffiront maintenant à décrire l'appareil de Foveau et Trouvé, qui n'est qu'une modification de celui de Lortet et Genoud. La lampe est enfermée dans une sorte de caisse métallique dont la paroi postérieure forme réflecteur. Un petit orifice muni d'un verre rouge, placé sur la paroi supérieure, permet d'en surveiller le réglage. Le compresseur, la circulation d'eau sont les mêmes que dans la lampe précédemment décrite, mais ici une grande partie des rayons lumineux est récupérée par le réflecteur, ce qui permet d'employer une lampe de faible intensité (5 à 6 ampères) tout en obtenant les mêmes

effets. Nous devons dire cependant que FINSEN s'est élevé contre l'emploi de sources lumineuses de faible intensité avec lesquelles il est indispensable de prolonger, et non de réduire la durée des séances. Il estime que les résultats sont de beaucoup supérieurs lorsqu'on emploie un arc voltaïque très puissant.

Le manuel opératoire est des plus simples. Le malade applique directement la région à traiter contre la face externe du compresseur. On lui recommande d'appuyer aussi fortement que possible, de façon à rendre les tissus exsangues, on s'assure que la circulation d'eau s'accomplit normalement, et on fait passer le courant. On règle l'arc, et il suffit de laisser près de l'appareil un aide chargé de régler l'écartement des charbons pendant toute la durée de la séance. Cette durée sera au minimum de 60 minutes. Des séances plus courtes ne donnent que des résultats insuffisants, et c'est dans cette faute opératoire qu'il faut chercher la cause de quelques échecs reprochés à la méthode. L'application ne produit aucune douleur.

Elle est suivie, quelques heures plus tard, de l'apparition d'une rougeur asssez vive, mais bien limitée, s'accompagnant parfois d'un léger œdème de la peau. A cette rougeur succède une phlyctène qui s'affaisse les jours suivants en laissant à sa place une croûte. Vers le huitième ou dixième jour environ, la croûte a disparu et la région est prête pour une nouvelle application. Dans l'intervalle des séances, nous n'avons fait aucun traitement local, et les phlyctènes ont toujours guéri sans la moindre complication.

En résumé, ce qui nous semble caractériser la photothérapie, c'est d'être un traitement absolument indolore, n'exigeant qu'une installation relativement peu coûteuse, un personnel des plus restreints, n'exposant le malade à aucune complication. Voyons maintenant les résultats obtenus.

2° RÉSULTATS (1). — Nous avons divisé nos malades en deux catégories : dans la première, nous rangeons ceux qui n'avaient suivi antérieurement aucune espèce de traitement ; dans la seconde, ceux qui avaient été soumis depuis plus ou moins longtemps aux différentes méthodes thérapeutiques employées avant la photothérapie. Cette division nous semble absolument nécessaire pour apprécier justement les résultats, et ceci pour deux raisons. D'abord, c'est que les malades qui n'ont jamais été traités sont, pour la plupart, atteints de lupus relativement récents et par conséquent peu étendus ; ensuite, et cette considération est la plus importante, c'est que la lumière agit dans tous ces cas sur des tubercules jeunes, situés dans un tissu embryonnaire, c'est-à-dire très perméable aux rayons, condition extrêmement favorable au succès. Au contraire, chez les malades de la seconde catégorie, nous trouvons des lésions en évolution depuis de longues années, parfois depuis quinze et vingt ans, lésions presque toujours très étendues, ayant produit des dégâts considérables, transformées par le traitement en un tissu cicatriciel, enchâssé de tubercules et très peu perméable aux rayons. On comprend très bien qu'il est impossible d'apprécier de la même manière les résultats dans l'un ou l'autre cas.

(1) Nous ne présentons, dans ce travail, que les malades traités exclusivement avec la photothérapie. Nous verrons qu'il est avantageux de combiner à ce procédé d'autres méthodes de traitement ; c'est ce que nous avons fait dans une autre série d'expériences dont nous publierons ultérieurement les résultats.

A. *Malades n'ayant jamais été traités.* — 9 malades de cette catégorie ont été soumis à la photothérapie. Les dimensions des lésions variaient entre celles d'une pièce de cinquante centimes et celle d'une pièce de cinq francs. Cinq de ces malades semblent être aujourd'hui absolument guéris ; au dernier examen, qui remonte à plusieurs mois, nous n'avons perçu aucun élément suspect, et les malades n'ayant pas été revus depuis, il y a lieu de croire que cette guérison sera définitive. La durée du traitement a été de cinq à six mois, les séances se répétant tous les dix jours environ. La cicatrice est absolument lisse et régulière, à peine visible.

Chez deux autres malades, nous notons une guérison apparente, mais le traitement commencé depuis deux ou trois mois seulement, doit être poursuivi, car il reste dans la cicatrice quelques petits tubercules très rares il est vrai, peu saillants et à peine perceptibles, indiquant néanmoins une guérison incomplète. Chez ces malades, la plus grande partie des lésions étant déjà cicatrisée, nous sommes en droit d'espérer une guérison complète dans un délai relativement court.

Enfin, chez deux autres malades, le traitement est appliqué depuis quelques semaines seulement, mais dès à présent nous observons une amélioration très sensible qui permet d'attendre des résultats aussi heureux que dans les cas précédents.

En résumé, sur neuf malades de cette catégorie, nous ne notons aucun insuccès. Cinq malades ont été guéris complètement, et il y a tout lieu de croire que

cette guérison sera définitive. Deux malades sont presque entièrement guéris. Deux malades en cours de traitement depuis très peu de temps, sont sensiblement améliorés.

Nous ne voulons pas, pour apprécier la méthode, comparer ces résultats à ceux qu'auraient donnés d'autres procédés. Il serait facile d'objecter que dans des conditions favorables, avant la photothérapie, tous les traitements ont pu donner des résultats aussi satisfaisants. Nous dirons cependant, dès à présent, que les résultats obtenus semblent être constants, ce qui est loin d'être le cas pour les autres méthodes (nous pourrions présenter plusieurs lupus, bénins en apparence à leur début, et traités aussitôt par les maîtres de la dermatologie, ayant évolué malgré tout pendant quinze ou vingt ans et ravagé entièrement le visage). Nous dirons aussi qu'au point de vue esthétique les résultats sont parfaits ; — que le traitement est absolument indolore : ces avantages, à eux seuls, seraient déjà suffisants pour faire de la photothérapie une méthode de choix.

B. *Malades précédemment traités.* — Douze malades, soumis à l'action des rayons lumineux, ont obtenu une amélioration considérable. Nous observons chez eux ce que LEREDDE et PAUTRIER désignent sous le nom de « guérison segmentaire » pour la distinguer de la guérison imparfaite, c'est-à-dire qu'il existe des régions entières « sur lesquelles on ne peut plus trouver, après plusieurs examens éloignés les uns des autres, aucune trace de lésions tuberculeuses, et où la cicatrice est parfaite ». Chez la plupart de ces malades, la cicatrisation est presque complète, et il ne reste plus que quelques rares nodules disséminés sur toute l'étendue de l'ancienne lésion. Il nous est donc permis d'affirmer chez eux une guérison définitive dans un délai relativement court.

Cinq malades ont été sensiblement améliorés, mais les progrès sont chez eux moins rapides que dans les cas cités précédemment. Il est juste d'ajouter que le traitement a été suivi très irrégulièrement, ce qui évidemment doit entrer en ligne de compte dans l'appréciation des résultats.

Deux malades ont abandonné le traitement, et nous n'avons pas eu d'autre résultat chez eux que d'arrêter l'extension de la maladie ; les lésions anciennes n'ont pas subi de modifications appréciables.

En résumé, sur dix-neuf malades de cette catégorie, nous avons obtenu : Douze améliorations considérables qui deviendront bientôt des guérisons définitives ; cinq améliorations très sensibles ; deux insuccès presque complets.

Certes, ces résultats ne sont pas parfaits. Ils nous semblent cependant des plus encourageants, et dignes d'être relevés. Sur plusieurs de nos malades, l'affection avait débuté il y a douze ou quinze ans, et malgré les soins les plus réguliers et les plus méthodiques, les lésions n'avaient pas cessé de s'accroître. Au bout de quelques mois de traitement, la marche de la maladie était définitivement enrayée, et il ne reste aujourd'hui qu'une cicatrice assez régulière, renfermant seulement quelques tubercules en voie de guérison. Ces observations se passent de commentaires et prouvent suffisamment la supériorité de la photothérapie sur tous les autres moyens de traitement employés jusqu'à ce jour.

Il ne faut pas se dissimuler cependant que la méthode présente encore de grands inconvénients. Nous ne parlerons pas de l'outillage spécial qu'elle nécessite — nous avons vu que cette critique, applicable surtout aux premiers appareils de FINSEN, n'est plus justifiée aujourd'hui, et qu'il existe des appareils simples, relativement peu coûteux, très facilement utilisables dans une clinique modeste.

Mais l'inconvénient considérable de la méthode, auquel il a été impossible de remédier jusqu'aujourd'hui, c'est la durée du traitement.

Nous avons vu que pour les lupus de faibles dimensions, cette durée a été en moyenne de cinq à six mois, et que pour les lésions anciennes et très étendues, la guérison est encore incomplète après quinze 15 ou dix-huit mois de traitement. Certes, il faut reconnaître que cette statistique est trop pessimiste, et nous pouvons espérer dans l'avenir obtenir des résultats beaucoup plus rapides. En effet, dans la statistique que nous présentons aujourd'hui, il faut tenir compte des premiers tâtonnements du début qui ont incontestablement allongé la durée du traitement. C'est ainsi que par crainte d'un érythème trop intense, les premières séances ne dépassaient pas quinze à vingt minutes ; nous nous sommes rendu compte depuis qu'on n'obtenait guère de résultats appréciables qu'à la suite d'application de cinquante à soixante minutes au minimum. De même, chez tous les malades, nous avons appliqué de parti-pris la photothérapie indistinctement à toutes les formes ; or nous savons aujourd'hui que certains lupus

sont sensiblement améliorés par d'autres moyens de traitement. C'est ainsi que le mercure, l'huile grise en particulier, donnent souvent des résultats rapides et durables ; que le permanganate de potasse, et surtout la radiothérapie, réduisent à merveille les formes bourgeonnantes, qui deviennent par la suite beaucoup plus accessibles à la photothérapie.

Enfin, l'insuffisance du personnel nous a souvent forcés à espacer les séances ou à en raccourcir la durée. Pour toutes ces raisons nous croyons que, dans des conditions plus favorables, faciles à réaliser, les résultats auraient été certainement, sinon meilleurs, au moins beaucoup plus rapides. C'est ainsi que Leredde et Pautrier évaluent à six mois la durée de traitement d'un lupus de moyenne étendue.

Il n'en est pas moins vrai que la photothérapie est une méthode très lente, et que cet inconvénient entraîne des conséquences fâcheuses. Les malades se découragent facilement et se soignent mal, lorsqu'ils ne sont pas bien convaincus de la gravité de leur affection. — Le prix du traitement est relativement assez élevé, même appliqué gratuitement, si l'on tient compte des déplacements, des pertes de temps répétées qu'il impose au malade. Chez plusieurs malades, ces inconvénients ont créé un obstacle insurmontable, et ils ont dû abandonner le traitement.

Et cependant, dans l'état actuel de la science, la photothérapie nous paraît être la méthode de choix. Elle n'est pas parfaite, loin de là : mais elle donne incontestablement des résultats plus sûrs, plus durables, que tout autre traitement essayé jusqu'à ce jour. Et si l'on considère qu'avec de la persévérance on arrive à guérir, même après de longs mois, une affection autrefois incurable dans la plupart des cas, on reconnaît que la découverte de Finsen a fait accomplir un progrès très appréciable à la thérapeutique moderne.

Consultations Médico-Chirurgicales

Affections des voies lacrymales

Professeur-agrégé Georges Gérard.

Les malades atteints d'affections des voies lacrymales peuvent être divisés en deux grandes catégories : a) les larmoyants, qui présentent comme symptôme principal le larmoiement ; b) les suppurants dont les voies lacrymales peuvent être atteintes de suppurations de nature diverse.

A. Larmoyants

INFORMATIONS CLINIQUES. — Un malade vient vers vous, en disant qu'il pleure continuellement, qu'il est obligé de porter le mouchoir aux yeux quarante et cinquante fois dans la journée, quelquefois plus. L'idée d'une affection lacrymale se présente immédiatement : toutefois avant de procéder à l'examen de la région du sac, il faut *a)* écarter toutes les affections qui s'accompagnent d'hypersécrétion lacrymale, voir en particulier s'il n'existe pas de conjonctivite chronique, surtout folliculaire, de granulations, de concrétions meïbomiennes, de kératite, de trichiasis, etc. ; il faut aussi examiner attentivement la cornée, puis *b)* vérifier la position du point lacrymal inférieur ; normalement, le sujet étant examiné en place, sans manœuvre susceptible de déplacer la paupière, de l'attirer en bas en particulier, le point lacrymal inférieur n'est pas visible, de par sa situation sur la crête interne du bord palpébral. Lorsque le point lacrymal inférieur est éversé pour une raison ou pour une autre, ectropion sénile, relâchement de la paupière inférieure, saillie normale du point lacrymal inférieur chez le vieillard, il ne peut plus servir à aspirer les larmes.

On passe à l'examen du sac en pressant fortement avec l'index contre la gouttière de l'unguis. Deux cas se présentent : aucun liquide ne reflue, ou il reflue par le point lacrymal du pus ou du liquide. Dans le premier cas, on doit se demander : a) s'il existe un obstacle mécanique, un rétrécissement tirant son origine d'une inflammation ancienne, ou un de ces plis de la muqueuse que certains anatomistes considèrent encore comme valvules du canal ; b) s'il ne s'agit pas simplement d'une hypersécrétion lacrymale essentielle, soite de polyurie de la glande lacrymale.

Pour s'en assurer, on a conseillé : de faire une injection dans les voies lacrymales, après cocaïnisation avec la solution à un pour cent (l'anesthésie n'est pas nécessaire). Si l'injection passe dans le nez, c'est ce qu'il existe une certaine perméabilité ; mais ce moyen ne renseigne pas du tout sur l'état du canal. En outre, il a le désavantage de provoquer parfois, si l'injection a été poussée trop fort, une infiltration de la paupière inférieure, avec œdème, ecchymose, souffrances violentes pendant huit ou quinze jours. C'est donc un moyen de diagnostic insuffisant et dangereux parce qu'on court le risque d'infecter la paupière; (le fait est rare toutefois).

TRAITEMENT. — Le larmoiement, qui dépend de l'éversion du point lacrymal inférieur ou d'un rétrécissement du canal lacrymal, est susceptible d'un traitement.

a) Le point lacrymal inférieur est éversé. — Il faut de suite traiter par l'**incision postérieure** au couteau de Weber : cette incision doit toujours être minime, car **il faut respecter le point lacrymal inférieur** dont le rôle est important. Le point lacrymal supérieur ne peut s'éverser ; c'est par lui surtout qu'on doit traiter les suppurations. Le canalicule supérieur peut sans crainte être incisé dans toute sa longueur : on doit n'être que très peu respectueux du point et du canalicule supérieurs.

b) Il n'y a point de reflux de liquide à la pression du sac. — On fera de préférence l'exploration du canal, qui donne surtout les renseignements nécessaires, avec les stylets boutonnés d'Anel, de Bowmann, de Galezowski. On emploiera d'emblée le numéro 2, laissant de côté, de parti-pris, le numéro 1, qui peut faire des effractions du canal, **on ne forcera jamais pour pénétrer malgré tout et tout de suite dans le canal**. Mais on essayera progressivement, évitant les fausses routes, recommençant deux ou trois fois, et plus si c'est nécessaire à plusieurs jours d'intervalle, pour arriver graduellement à l'orifice supérieur du canal où siègent de préférence les rétrécissements. **Les numéros 2 et 3 sont le plus fréquemment employés et toujours suffisants** ; d'où la recommandation de ne jamais faire passer par le point lacrymal inférieur de trop grosses sondes qui déchirent le canal, les déchirures étant suivies de cicatrices rétractiles et dilatant le point lacrymal inférieur de façon à supprimer sa fonction.

Technique du cathétérisme. — Pour pratiquer le cathétérisme : cocaïniser, attendre cinq à dix minutes ; agrandir le point lacrymal inférieur par une minime incision horizontale, et dirigée vers le versant conjonctival du bord de la paupière, faire pénétrer le cathéter, en observant les trois temps classiques, dans le canal nasal ; s'arrêter quand on sent la résistance opposée par le plancher des fosses nasales.

Quelques remarques : La direction à imprimer à la sonde au troisième temps, est variable, suivant que le canal est vertical, oblique en dehors ou en dedans : cette variabilité dépend de l'écartement des orbites.

Dans certains cas, les voies lacrymales ne laissent pas passer le stylet (imperforations congénitales, atrésies consécutives aux rhinites chroniques, lupus cicatrisé, gomme syphilitique ayant obstrué le canal par effondrement). D'où l'indication d'avancer toujours graduellement et avec prudence.

Résultats : **Le premier sondage fait toujours bien**, guérit même quelquefois d'emblée un larmoiement remontant à une époque plus ou moins éloignée.

Dans la plupart des cas, **la guérison survient après quelques cathétérismes**. Dans certains cas enfin, la guérison est très lente ; quand au bout de quelques semaines il ne se produit aucun changement, c'est qu'il s'agit d'hypersécrétion lacrymale essentielle qu'on peut traiter par l'ablation de la glande lacrymale accessoire, opération toujours délicate qui peut être suivie de ptosis.

Les gros stylets doivent être réservés au canalicule supérieur qui ne sert pas à grand chose, qu'on n'a pas besoin de ménager et qu'on peut toujours fendre dans toute sa longueur.

B. Suppurants

INFORMATIONS CLINIQUES. — Il s'agit de malades qui ont de la suppuration des voies lacrymales sans trop de larmoiement. Alors que le larmoiement s'observe dans toutes les classes de la société, les suppurations sont plus fréquentes chez les ouvriers des villes et des champs. La sécrétion qui les accompagne est de nature variable, banale, muco-purulente ou spécifique (dacryocystite tuberculeuse), ou encore souvent semblable à du blanc d'œuf cru ; cet aspect particulier est dû à la dégénérescence de l'épithélium dont certaines cellules sont devenues caliciformes.

La suppuration remonte quelquefois à une époque très éloignée ; les malades ne s'en occupent pas parce qu'ils n'en souffrent pas.

Elle est toujours consécutive à une affection nasale, l'ozène en particulier, propagée aux voies lacrymales, le lupus, etc. D'où la nécessité de faire toujours examiner ces malades par un rhinologiste ; d'où aussi l'indication de faire priser des poudres.

TRAITEMENT. — Il ne faut jamais perdre une occasion de rappeler que la plupart des affections oculaires externes et quelques unes des affections oculaires internes sont d'origine nasale.

Aussi, dans tout larmoiement ou toute suppuration, prescrivez de parti-pris la poudre et la pommade suivantes :

1° Poudre	Acide borique	15 grammes
	Menthol	1 gramme
	Camphre pulvérisé	8 grammes

Usage externe, pulvériser finement ; tamiser, une prise toutes les demi-heures.

2° Pommade	Résorcine	1 gramme
	Camphre pulvérisé	ãã 0 gr. 30 centigr.
	Acide borique	ãã 0 gr. 30 centigr.
	Menthol	0 gr. 15 centigr.
	Lanoline	10 grammes
	Vaseline	30 grammes

A mettre dans la narine du côté malade toutes les deux heures.

Ces poudres et pommades provoquent une auto-irrigation du canal nasal et des narines.

Ce traitement commun à tout larmoiement ou à toute suppuration une fois institué, plusieurs cas peuvent se présenter.

Il s'agit d'un retrécissement. — On recherche d'abord s'il existe un retrécissement : une suppuration cesse parfois après un simple **cathétérisme** ; les larmes ayant retrouvé leur voie normale font un véritable lavage continu du canal. Dans tous les cas, le passage de la sonde prépare le traitement.

Puis, si la sonde passe mal, on fait faire : a) petite incision du point lacrymal inférieur ; b) incision du canalicule supérieur dans toute sa longueur.

Dans les cas ordinaires (50 %), le passage des stylets et deux ou trois **injections**, produisent de suite une amélioration. La **sonde laissée à demeure** pendant dix heures de suite le jour, trois ou quatre fois, à deux jours d'intervalle, m'a donné des résultats très satisfaisants.

Enfin, si, par ces moyens, la suppuration ne disparaît pas il faut se résoudre à pratiquer les **opérations destructives** : Incision du sac par la peau, curettage, ablation du sac, cautérisations profondes au thermo-cautère.. L'ablation du sac est une très bonne opération, quand on ne peut pas l'éviter.

Manuel des injections : liquides à employer. — Les injections doivent être faites avec la seringue de Lüer, en verre, préalablement aseptisée par ébullition. Entre autres recommandations : **Il ne faut jamais employer la seringue d'Anel,** qui se nettoie mal ; **il ne faut jamais pratiquer d'injection quelle qu'elle soit, après un cathétérisme difficile** ; Fuchs a signalé un cas de méningite suivi de mort deux jours après une injection semblable.

Les liquides à employer de préférence sont les solutions de nitrate d'argent et de protargol. D'autres caustiques sont également utiles dans certains cas : sulfate de zinc, alun, etc. D'autres sont irritants et dangereux : le sublimé à 1 p. 2 ou 3000 augmente la sécrétion et le larmoiement ; il ne doit être utilisé que pour les cautérisations énergiques, mais à un titre plus fort.

Le **protargol** a le mérite d'être presque indolore ; avoir bien soin de nettoyer sa seringue après chaque injection. On doit l'employer à doses massives, à 1 pour cinq ou pour dix ; pour qu'il ait quelque action, il faut qu'il soit au moins à un pour cinquante. **La solution à 1 pour cent n'est pas plus énergique que l'eau boriquée.**

Le **nitrate d'argent** doit être employé d'abord en solution à 1 pour cent. A doses trop fortes, il peut provoquer de l'atrésie des canalicules qui, il ne faut pas l'oublier, ne sont pas plus larges qu'un gros cheveu. Son injection est suivie de réaction vive qui dure un ou deux jours ; quelquefois la guérison survient en une ou deux séances, plus souvent après huit à dix injections pratiquées de quatre en quatre jours. Très rarement, la suppuration cesse après l'instillation de deux à trois gouttes de la solution à un pour vingt : celle-ci ne doit jamais être faite après un cathétérisme.

Il faut toujours commencer le traitement des suppurations du sac par les cautérisations, être patient et précis ; le plus souvent, pas toujours il est vrai, on arrive à guérir son malade, même dans des cas jugés d'abord très graves. Il faut essayer successivement le nitrate d'argent et le protargol. Certains cas résistent à l'un qui guérissent avec l'autre, le plus souvent avec le nitrate d'argent.

Un petit moyen qui a son importance est d'obtenir du malade de **presser lui-même avec l'index sur la région du sac**, autant de fois qu'il y pensera, vingt, trente fois par jour. Comme Grandclément, je suis partisan convaincu du **massage du sac** qui m'a donné des résultats remarquables et que je crois capable de guérir les cas les plus graves ; j'utilise cette méthode concurremment avec les sondes à demeure.

Il s'agit de cas spéciaux. — *Dacryocystite congénitale.* — La dacryocystite congénitale par obstruction, par imperforation du canal, est marquée par le reflux de pus par les points lacrymaux et peut simuler une conjonctivite ; elle peut exister aussi par imperforation de l'orifice inférieur du canal nasal chez le nouveau-né (Rochon-Duvigneaud).

Guérison rapide par les pressions régulières, les cautérisations légères ; **un seul cathétérisme guérit** généralement la dacryocystite par imperforation en ouvrant mécaniquement la voie des larmes.

Dacryocystite enkystée. — La dacryocystite enkystée, remonte à une date parfois très ancienne, dix, vingt ans et plus. Le liquide ne reflue ni par en haut ni par en bas. On commencera par une ponction faite par la peau, et si on ne peut faire le cathétérisme, on enlèvera le sac comme on enlèverait un kyste dermoïde du sourcil.

Phlegmon du sac. — Le phlegmon du sac, provoquant parfois des érysipèles à répétition se conduit comme un vulgaire abcès (j'en ai personnellement observé deux cas ; et l'érysipèle ne se reproduit plus, une fois le phlegmon guéri.)

S'il n'y a pas de fluctuation, les compresses très chaudes, presque brûlantes, les cataplasmes, la levûre de bière peuvent faire avorter.

S'il y a fluctuation et douleur en un point précis : on doit **inciser** comme un vulgaire abcès chaud (primitivement il y a toujours péricystite, l'inflammation se propage au sac, dans lequel le pus n'existe pas primitivement) ; on doit appliquer des pansements humides ; après deux ou trois jours, on tentera le cathétérisme par le point lacrymal inférieur pour rétablir la perméabilité.

Si la cicatrisation est lente, on devra faire une **cautérisation** énergique au crayon de nitrate d'argent,

qui donne une escharre, souvent suivie de guérison rapide.

S'il existe une fistule, on pensera à la tuberculose; et alors thermo-cautérisation, extirpation.

Gommes syphilitiques. — Les gommes syphilitiques du sac, les ostéo-périostites gommeuses ne doivent pas être confondues avec le phlegmon; on se fondera pour le diagnostic sur l'absence de réaction inflammatoire.

Tuberculose. — La tuberculose, s'observe chez les sujets prédisposés et présentant d'autres manifestations locales (lupus du nez, etc.).

Actinomycose. — L'actinomycose des voies lacrymales est constituée par une série de petits calculs accumulés dans le canalicule lacrymal inférieur, formant une boule de la grosseur d'un chalazion au niveau du point lacrymal inférieur, qui est « en méat urinaire ». Une simple **incision** fait sortir huit, dix, quinze, vingt petites concrétions, qui ont la forme et les dimensions des grains de millet; le malade guérit généralement. Il s'agirait ici de champignons qui sont probablement une forme particulière de l'actinomycose.

Dans tous les cas de dacryocystite chronique, rebelle aux divers traitements modificateurs, on insistera sur le **traitement général** qui donne d'excellents résultats.

Cirrhoses veineuses

Cirrhoses alcooliques en particulier

Professeur H. Surmont.

A l'heure actuelle, le traitement des cirrhoses veineuses, celui des cirrhoses alcooliques en particulier, a fait des progrès tels que la notion ancienne de l'incurabilité absolue de ces affections doit laisser place à une façon plus consolante d'interpréter leur pronostic et les résultats de l'intervention thérapeutique. Il n'est pas douteux, en effet, qu'on puisse, sinon faire rétrocéder la sclérose du foie, au moins faire disparaître un certain nombre des symptômes de la maladie : l'ascite, entre autres, et les troubles du chimisme de l'organe quand les lésions ne sont pas trop avancées.

Les considérations thérapeutiques qui suivent s'appliquent, non seulement à la cirrhose alcoolique atrophique ou cirrhose de Laennec, mais à un certain nombre de lésions du foie qui évoluent sous un masque clinique identique ou voisin.

INFORMATIONS CLINIQUES. — I. Un premier type de cirrhose est fourni par les malades présentant au complet le tableau clinique de la maladie de Laennec : ascite, circulation collatérale abdominale, atrophie du foie, hypertrophie de la rate, etc... survenant chez les malades adultes : hommes ou femmes qui se plaignaient depuis un certain temps de troubles dyspeptiques plus ou moins marqués et, par ailleurs, alcooliques.

II. Un second type est réalisé chez les malades qui, avec une symptomatologie identique à la précédente, ont, à l'examen du ventre après ponction, un foie gros au lieu du foie petit observé dans la maladie de Laennec, et chez lesquels l'exploration chimique ne révèle que peu ou pas de signes d'insuffisance hépatique ou même montre des signes plus ou moins dissociés témoignant de l'exagération des fonctions de la glande.

III. Il importe de ne pas oublier que l'enfant comme l'adulte est exposé à la cirrhose veineuse : éviter de confondre celle-ci avec la tuberculose du péritoine à forme ascitique. Chez l'enfant, la forme hypertrophique est plus fréquente que la forme atrophique.

IV. Il faut se souvenir que, chez certains malades, la cirrhose est anascitique ; cette forme anascitique peut être soit spontanée, soit secondaire à une intervention thérapeutique; et l'on pourrait à proprement parler, dire de toutes les cirrhoses guéries qu'elles sont devenues anascitiques. La cirrhose hypertrophique alcoolique anascitique est particulièrement intéressante à connaître parce que, dans certaines circonstances, elle devient diabétogène et que le diabétique, dans ce cas, demande à être traité comme un cirrhotique.

V. Chez certains malades, la cirrhose hypertrophique et surtout la cirrhose atrophique, anascitique ou ascitique, deviennent hypersplénomégaliques, c'est-à-dire que l'hypertrophie splénique dépasse la mesure ordinaire et peut en imposer, soit pour une affection primitive de la rate ayant retenti secondairement sur le foie, soit pour une affection idiopathique de la rate, la lésion du foie passant inaperçue. Il en est ainsi d'un certain nombre de cas de prétendue maladie de Banti.

VI. Aux formes cliniques précédentes, nous ajouterons, pour mémoire seulement, les cirrhoses à marche rapide et même la cirrhose cardiaque dans laquelle, au point de vue hépatique, les indications thérapeutiques sont les mêmes.

INDICATIONS ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES. — I. L'étiologie des cirrhoses dites veineuses montre, tout d'abord et avant tout, comme premier agent l'alcoolisme, en donnant à ce mot sa signification clinique habituelle et en laissant de côté toutes les discussions qui ont pour but de mettre en lumière le ou les facteurs pathogéniques qui, chez l'alcoolique, interviennent efficacement pour déterminer la lésion.

A côté de l'alcoolisme, on peut ranger, comme agent cirrhogène, les hétéro-intoxications : saturnisme, etc., les intoxications ou toxi-infections alimentaires habi-

tuelles, les infections : tuberculose et syphilis... et probablement d'autres encore.

II. S'il y a à tirer de l'état d'atrophie ou d'hypertrophie de l'organe hépatique des déductions pronostiques importantes, l'état anatomique de l'organe ne donne pas d'indications thérapeutiques directes, sauf dans le cas où le foie est le siège de phénomènes subjectifs douloureux ou de poussées de périhépatite.

III. Les symptômes des cirrhoses atrophiques ou hypertrophiques tirent leur origine de trois facteurs pathogéniques importants : l'hypertension portale, l'hypotension sus-hépatique, les troubles du chimisme hépatique. Les autres phénomènes (troubles digestifs, phénomènes généraux) peuvent être considérés comme d'ordre secondaire.

L'hypertension portale révélée, pendant la période de début, par l'opsiurie (retard dans l'élimination de l'eau et de certains éléments de l'urine), se manifeste ultérieurement par l'ascite, par la splénomégalie, les hémorrhoïdes, les hémorrhagies gastro-intestinales, la circulation sous-cutanée abdominale.

L'hypotension sus-hépatique se manifeste par l'hypotension artérielle, la tachycardie, l'oligurie.

Le chimisme hépatique étudié : soit par l'analyse de l'urine émise spontanément par le malade, soit après les diverses épreuves cliniques permet de rechercher l'hypoazoturie, l'abaissement du coefficient azoturique l'hyperammoniurie spontanée ou provoquée, la glycosurie alimentaire spontanée ou provoquée, l'hyperindicanurie spontanée ou expérimentale.

TRAITEMENT. — Chacune des indications étiologiques ou pathogéniques ci-dessus énoncées comporte des moyens médicamenteux ou hygiéniques.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX. — Supprimer la cause. — En dehors de la syphilis qui donne naturellement des indications thérapeutiques actives spéciales, l'indication étiologique ne donne d'autres indices que de soustraire le malade le plus rapidement possible à l'influence étiologique déterminante : par exemple de **supprimer l'alcool**.

Modifier l'état anatomique constitué.— Les indications tirées de l'état anatomique de l'organe sont de peu d'importance ; pourtant, en cas de douleur, on aura recours à la **révulsion** sous forme de cataplasmes sinapisés de pointes de feu superficielles en ayant soin d'éviter les méthodes susceptibles de déterminer l'irritation du rein (vésicatoires, etc...) ou des plaies cutanées qui, chez les cirrhotiques, se compliquent facilement d'infection secondaire.

L'état de sclérose de l'organe a été le point de départ de l'idée de la **médication iodurée** préconisée par certains auteurs chez les cirrhotiques : l'iodure doit être employé à petites doses longtemps prolongées (0 gr. 50 centigrammes par jour), de préférence sous les formes thérapeutiques les moins irritantes pour l'appareil digestif, par exemple sous forme de pilules ne se dissolvant pas dans l'estomac, soit grâce à un enrobement de kératine, soit grâce à un autre artifice pharmaceutique.

Combattre l'hypertension portale. — Les moyens thérapeutiques destinés à combattre le syndrôme d'hypertension portale sont assez nombreux et quelques-uns d'entre eux d'une grande efficacité. On peut avoir recours, d'abord, aux **purgatifs répétés** destinés à amener une exsudation intestinale abondante et à soulager d'autant la circulation porte encombrée. Malheureusement **les purgations répétées ont l'inconvénient d'affaiblir le malade**. Un moyen qui, sans amener toujours d'effet purgatif à proprement parler, donne cependant, dans la pratique, d'excellents résultats, est l'usage quotidien du **calomel** à la dose de 0 gr. 02 centigrammes, tous les matins, selon la méthode de Bouchard :

Calomel à la vapeur. . . . . 2 centigrammes.
pour une pilule.
F. S. a. X semblables.

Après dix jours, suspendre l'emploi du calomel et assurer la liberté du ventre à l'aide de pilules laxatives telles que l'**évonymine** brune, le **podophyllin** : on prescrira :

Evonymine brune }
Podophyllin } āā . . . 1 centigramme.
pour une pilule, une tous les matins.

Après quelques jours de repos reprendre à nouveau le calomel pour dix jours.

Si malgré l'emploi des moyens précédents, l'hypertension portale fait des progrès, il est classique d'avoir recours aux **diurétiques**. Ceux qui sont le plus particulièrement indiqués sont les diurétiques rénaux. On aura donc recours à l'**acétate** ou au **nitrate de potasse**, à la **lactose**. Une formule classique est celle de M. Millard :

Baies de genièvre. . . . . . . 10 grammes.
faire infuser dans 200 grammes d'eau bouillante et ajouter :
Azotate de potasse }
Acétate de potasse } āā . . . . 2 grammes.
Oxymel scillitique . . . . . . 30 grammes.
Sirop des cinq racines . . . . . 30 grammes.

Ascite. — Si les moyens précédents échouent et que le malade soit gêné par son ascite, on peut avoir recours au **régime déchloruré** qui a donné, dans certains cas, d'excellents résultats.

Les purgatifs, les diurétiques, le régime déchloruré sont des moyens qui permettent rarement de guérir le malade de son ascite. Le plus souvent, on est obligé dans ce but, de pratiquer la **paracentèse abdominale**.

Celle-ci doit être pratiquée avec les précautions d'asepsie les plus grandes. Elle a, outre l'avantage de soulager le malade, celui de permettre une exploration complète de l'abdomen et, en particulier, du foie. Il est très important de savoir **qu'on a vu des malades débarrassés définitivement de leur ascite à la suite d'un certain nombre de ponctions répétées.** La très grande majorité de ces faits heureux correspond à des cas de cirrhose hypertrophique.

Il faut savoir aussi que, pour soulager les cirrhotiques, **il n'est pas nécessaire de faire une paracentèse totale,** fait qui a spécialement son importance pour les malades chez lesquels cette opération est suivie des phénomènes de l'anémie séreuse.

Dans les derniers temps, les chirurgiens ont mis à la disposition des médecins un nouveau moyen de traitement et de guérison de l'ascite cirrhotique : l'opération de Talma ou **omentopexie,** ou épiploopexie qui donne des résultats très encourageants puisque sur 224 cas de la statistique de Monprofit (octobre 1904) on compte 129 guérisons opératoires avec 70 guérisons définitives. Cette opération devra être surtout réservée aux cas de cirrhose atrophique, la forme hypertrophique guérissant souvent par le traitement médical et les ponctions. Si l'on se décide pour l'opération de Talma, avoir soin, en tout cas, de la faire pratiquer de bonne heure, la mortalité opératoire étant beaucoup moindre quand les malades sont encore suffisamment résistants.

Hémorrhagies. — Parmi les complications les plus habituelles des cirrhoses, se montrent les hémorrhagies : soit qu'il s'agisse d'hémorrhagies gastriques, intestinales ou hémorrhoïdaires tributaires de l'hypertension portale, soit qu'il s'agisse d'hémorrhagies nasales, gingivales, gutturales, en rapport avec le mauvais état général des malades. Le traitement de l'hypertension portale qui vient d'être indiqué a pour but de prévenir les premières ; l'**opothérapie hépatique** agit d'une façon manifeste sur les secondes à titre préventif. Au moment de l'hémorrhagie elle-même, l'indication de parer à l'accident par les moyens usuels se présentera avec une urgence en rapport avec l'intensité de l'hémorrhagie.

Combattre l'hypotension sus-hépatique. — Le syndrome d'hypotension sus-hépatique est combattu, d'abord, par des moyens thérapeutiques qui visent l'hypertension portale : la diminution de la masse du sang dans la circulation générale qui semble conditionner l'hypotension artérielle avec ses conséquences : la tachycardie et l'oligurie étant elles-mêmes dues à la rétention d'une partie trop grande de la masse du sang dans le système porte. On pourra, cependant, renforcer l'action du cœur par quelques toniques cardiaques, en choisissant, parmi ceux-ci, ceux qui agissent le plus facilement sur le rein : telles la **scille** et la **théobromine.**

Rétablir le chimisme hépatique normal. — Si les indications tirées des syndromes vasculaires de la cirrhose sont importantes, on doit à l'heure actuelle, considérer comme étant d'une valeur au moins égale celles qui sont fournies par l'étude du chimisme hépatique.

Quelquefois, l'organe est rencontré en état d'hyperhépatie, et, alors, on le mettra au repos, en particulier, par le **régime lacté.** D'autres fois, et plus souvent, l'analyse des urines montrera l'existence d'un degré d'hypohépatie plus ou moins prononcé. Dans ce cas, on aura recours aux **alcalins,** qui, pris à petites doses, avant les repas, paraissent agir d'une façon heureuse. On prescrira par exemple : 0 gr. 25 à 0 gr. 50 de bicarbonate de soude dans un peu d'eau, vingt minutes avant les repas, ou bien on utilisera une eau minérale naturelle alcaline à dose équivalente.

L'**opothérapie hépatique** est incontestablement le meilleur moyen de relever les fonctions languissantes de la cellule hépatique. La meilleure manière de faire l'opothérapie hépatique est d'avoir recours, ainsi que l'ont montré GILBERT et CARNOT, à l'extrait hépatique total : celui-ci peut être administré soit sous forme de suppositoires, soit délayé dans un peu d'eau tiède, sous forme de lavement, soit par la voie stomacale, sous forme de capsules préparées par dessiccation dans le vide à température peu élevée (20 à 30 degrés) de l'organe frais et lavé. On trouve dans le commerce d'excellentes préparations obtenues dans ces conditions. Il est bien entendu que, **lorsque la glande hépatique est trop complètement désorganisée, on ne peut plus espérer agir sur elle** par l'excitant spécifique que représente la médication opothérapique.

TRAITEMENT DIÉTÉTIQUE. — Quel que soit le traitement utilisé, il importe : 1° de nourrir le malade de façon à laisser l'organe hépatique en repos, autant que possible. 2° de prévenir la formation de fermentations intestinales susceptibles d'augmenter le travail antitoxique du foie et les phénomènes d'intoxication ou de toxi-infection intestinales qui les accompagnent. 3° cependant de soutenir le malade suffisamment.

Régime alimentaire. — Le **régime lacté** répond au mieux à ces diverses indications. Inutile d'insister sur ce point. Il n'est pas inutile, par contre, de rappeler qu'**une alimentation trop riche en substances azotées et en graisses augmente beaucoup le travail du foie.** L'excès d'azote a, entre autres inconvénients, celui d'exagérer les fermentations intestinales d'une part, et d'autre part de surcharger la fonction uréogénique du foie. En conséquence, **le régime lacté ne sera pas outré** : le lait

ne sera pas donné en quantités dépassant deux litres dans les vingt-quatre heures, au moins d'une façon prolongée et l'on ajoutera au lait, assez rapidement, des substances hydro-carbonées, notamment des farines et des pâtes alimentaires.

L'alimentation chez les cirrhotiques doit être surveillée d'autant plus près que le tube digestif de ces malades est, d'ordinaire, dans un état de mauvais fonctionnement habituel, soit qu'il existe du catarrhe gastrique alcoolique concomitant, soit qu'il existe simplement des phénomènes de dyspepsie gastrique ou intestinale.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Une singulière phobie professionnelle

C'est la phobie du Saint-Sacrement chez les prêtres.

BECHTEREW, qui en rapporte une observation, dit que le fait n'est pas rare en Russie.

Il s'agit, dans ce cas, d'un pope qui ne peut se décider à porter le Saint-Sacrement ; il a peur de le heurter ou de le laisser choir. Cette phobie s'étend, du reste, à d'autres objets du service sacré que, suivant le rite, il est obligé de prendre et de tenir pendant la messe. Pendant tout ce temps, il est inquiet, agité de tremblements dans les membres, de démangeaisons, hanté de l'idée fixe d'une anomalie dans sa personne. Cette angoisse dure de cinq à six minutes et ne survient que pendant les cérémonies religieuses. Il a dû renoncer à dire la messe.

Ces phobies professionnelles ne sont pas spéciales aux prêtres russes. Nous avons connu un jeune abbé, neurasthénique, qui avait renoncé aussi à dire la messe pour une raison analogue. Mais sa phobie était d'ordre gustative. Il ne pouvait, disait-il, distinguer le goût du vin, et craignait toujours qu'on n'eut pas mis de vin dans le saint-ciboire, croyant n'avoir bu que de l'eau.

(*Journal de Médecine de Bordeaux*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par arrêté ministériel une promotion de classe est attribuée au choix à M. le professeur COMBEMALE, à l'ancienneté à M. le professeur DOUMER. Sont compris dans la même promotion MM. les docteurs VALLÉE, agrégé, chef des travaux de pharmacie ; COLLE, chef de clinique chirurgicale. Nos compliments à ces collègues.

— Le 15 mai 1905 a eu lieu, à la Faculté de médecine de Lille, devant un jury composé de MM. les professeurs COMBEMALE, CURTIS, SURMONT, de Lille, d'HARDIVILLER et Jean BERNARD, d'Amiens, le concours pour l'emploi d'un professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale.

La composition écrite sur un sujet de pathologie interne a porté sur *les angines de poitrine*. Restaient dans l'urne : *les anémies pernicieuses, les rétrécissements du pylore*.

La préparation extemporanée d'anatomie pathologique comportait la reconnaissance : 1° d'un *poumon tuberculeux avec cavernes, granulation et carnisation superposées* ; 2° d'un *rein amyloïde tuberculeux* ; 3° d'un *cancer secondaire du foie* ; la préparation microscopique d'une *hépatite infectieuse chez un ancien paludéen* ; *d'un rein tuberculeux* ; la reconnaissance de préparation microscopique de *poumon granulique, poumon bronchopneumonique, rein sclérosé kystique, cirrhose de Laennec*.

La leçon orale, de trois quarts d'heure de durée, après trois heures de préparation, a eu lieu sur l'*exploration fonctionnelle du rein*. Restaient dans l'urne : *Des syndrômes liés aux lésions de la glande thyroïde ; des signes diagnostiques et pronostiques tirés de l'examen du sang dans les maladies infectieuses*.

L'épreuve de clinique médicale a porté sur l'examen et le traitement à prescrire à un *carcinome stomacal propagé au foie*, et à un *tremblement posthémiplégique à forme de sclérose en plaques*.

A la suite d'excellentes épreuves, M. le docteur BRAILLON a été proposé pour l'emploi de professeur suppléant. Nous saisissons l'occasion pour féliciter M. BRAILLON de son succès : il fut un des élèves de notre Faculté au début de ses études médicales, gagna le titre d'interne des hôpitaux de Paris et inaugure ses débuts à Amiens en acquérant au concours une place enviée. Nous formons pour lui les meilleurs vœux.

Notre Carnet

Le 15 mai a été célébré, à Lille, le mariage de M. Emile VAN AERDE, aspirant chirurgien dentiste, avec Mademoiselle Virginie HUGOT. Nous adressons aux jeunes époux nos meilleurs souhaits.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Bordeaux. — Un congé du 1er mai au 31 octobre est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. le docteur HOBBS, agrégé.

Rennes. — M. le docteur LEFEUVRE est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de physiologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Distinctions Honorifiques

La médaille d'honneur des épidémies est décernée, en *argent*, à M. le docteur TURCAN, de Forcalquier (Basses-Alpes).

Mérite agricole. — Sont nommés *Chevaliers* : MM. les docteurs BARADUC, à Paris ; GUILLAUMET, à Amiens.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Bremaud, médecin en chef de l'escadre du Nord, à Brest: Bouchage, de Toulouse (Haute Garonne).

BIBLIOGRAPHIE

L'écrevisse (anatomie et dissection). — Trois planches coloriées à feuillets découpés et superposés, par J. Anglas, docteur ès sciences, préparateur de zoologie à la Sorbonne. — Un volume gr. in-8. Librairie C. Reinwald. Schleicher Frères et C[ie], éditeurs, 15, rue des Saints-Pères, Paris (VI[e]).

Cet ouvrage, le second de la collection des Animaux de Laboratoire, a été écrit en vue de faciliter aux étudiants la compréhension de la dissection de l'écrevisse. Il comprend un texte de M. Anglas, préparateur de zoologie à la Sorbonne, dans lequel l'auteur fournit les renseignements les plus précis en ce qui concerne la préparation de cet arthropode.

Mais l'originalité de cette publication réside dans trois planches hors texte placées à la fin du volume; elles ont toutes été dessinées d'après nature et reproduisent l'écrevisse au double de la grandeur naturelle. L'ingénieux système des feuillets superposés et des volets mobiles, coloriés d'une façon très exacte d'après les résultats des préparations de l'auteur, permet de montrer avec précision les divers organes et la manière de les mettre en évidence ; ces planches, auxquelles renvoie le texte, reproduisent, en effet, l'aspect même des préparations à obtenir. En s'y reportant, l'étudiant reconnaîtra immédiatement, au cours de la dissection, les organes qu'il aura sous les yeux : il en conservera le souvenir fidèle. Cet ouvrage sera pour lui un guide précieux dans ses études.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

19[e] Semaine du 1[er] au 13 mai 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	3
3 mois à un an	4	3
1 an à 2 ans	1	5
2 à 5 ans	3	3
5 à 20 ans	2	1
20 à 60 ans	15	13
60 ans et au-dessus	12	9
Total	44	37

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	5	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	1	»	2	»	»	1	»	»	»	1	»	1	2	»	»	»	»	»	4	12	14
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	4	»	1	2	1	1	1	1	»	1	5	»	»	»	»	»	2	19	20
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	2	6	6
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	6	7
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	4	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	2	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	9	11
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	2	»	3	»	»	»	»	»	»	4	11	13
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	3
Total	»	»	»	2	»	14	»	1	6	2	2	2	5	»	9	9	»	»	1	»	»	25	78	96

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 437. Neuvième Année. N° 22. Le Numéro : **10** centimes 28 Mai 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Le méningocoque et la méningite cérébro-spinale expérimentale

par MM. les docteurs

Vansteenberghe chef de laboratoire à l'Institut Pasteur et **Grysez** médecin-major de 2e classe au 43e régiment d'infanterie

L'épidémie meurtrière qui sévit actuellement en Allemagne et en Silésie, a ramené l'attention du monde médical sur la méningite cérébro-spinale et le méningocoque qui en est l'agent.

C'est en 1887 que WEICHSELBAUM découvrit dans six cas de méningite cérébro-spinale un microorganisme qu'il appela « diplococcus intracellularis meningitidis ». D'abord considéré comme un parasite accessoire nullement spécifique, ce microbe a vu son importance grandir à mesure que se multipliaient les observations et les recherches bactériologiques. Sous le nom de méningocoque il occupe maintenant le premier rang dans l'étiologie de cette affection.

Bien que plus d'un point de son histoire soit encore obscur, on peut aujourd'hui se faire une idée suffisamment exacte du microbe de WEICHSELBAUM et de son rôle pathogène.

Nous étudierons dans ce travail la morphologie du méningocoque, ses propriétés culturales, sa vitalité, sa virulence, et rapprochant les faits expérimentaux de ceux observés en pathologie humaine, nous montrerons qu'il est bien l'agent de la méningite cérébro-spinale.

Morphologie. — On trouve le méningocoque dans le liquide extrait par ponction du canal rachidien de malades atteints de méningite cérébro-spinale. Après centrifugation il se présente, dans la majorité des cas, à l'intérieur des leucocytes polynucléaires. C'est un diplocoque régulier, rappelant par sa taille et sa forme le gonocoque ; comme chez celui-ci, les éléments qui composent le diplocoque sont aplatis par accolement, mais au lieu d'être creusées en rein, les faces de juxtaposition sont planes. Dans une même préparation les diplocoques sont de taille inégale.

Ce microbe prend facilement toutes les couleurs d'aniline, en particulier la thionine phéniquée. Chose curieuse, sur une préparation ainsi faite tous les

microbes ne se colorent pas avec la même intensité, les éléments petits prennent la coloration plus fortement que les grands. D'ordinaire ils se décolorent quand on les traite par la méthode de GRAM.

Dans le pus le méningocoque est entouré non d'une capsule comme le pneumocoque, mais d'une auréole qui se colore mal. Cette auréole enveloppe les diplocoques isolés et ceux qui sont réunis en tétrades ou en amas. Elle est difficile à voir par l'examen direct des préparations, mais mise nettement en évidence par la microphotographie.

Cultures. — Le liquide céphalorachidien des malades atteints de méningite cérébrospinale est ordinairement riche en méningocoques et dans les quatre cinquièmes des cas renferme ce microbe à l'état de pureté ; il est donc relativement facile d'étudier ses caractères culturaux.

Le milieu qui lui convient le mieux est le bouillon ascite. Il y pousse d'abord assez pauvrement ; en vingt-quatre heures se développe une culture grêle qui trouble à peine le milieu, puis on voit nager dans le liquide quelques grumeaux qui se déposent sur les parois du tube et tombent ensuite au fond ; sur gélose ascite, le méningocoque pousse aussi en petites colonies punctiformes, translucides.

Le développement se fait mal sur pomme de terre glycérinée. Il est nul en eau peptonée, bouillon ordinaire et gélatine. C'est un aérobie strict comme l'a montré CANUET. Dans tous les cas le développement est lent et peu abondant.

Dans ces cultures le méningocoque garde l'aspect que nous lui avons vu dans le liquide céphalorachidien. C'est un diplocoque en grain de café dont les faces de juxtaposition sont planes. Il peut former de petits amas ou de très courtes chaînettes dans les milieux liquides. Sur les milieux albumineux l'auréole apparaît assez nettement.

Sa coloration par les couleurs d'aniline est aussi facile que dans le pus, seule la façon dont il se comporte vis-à-vis du Gram est un peu différente. On peut dans une même culture voir certains éléments rester colorés alors que la majorité se décolore et un même microbe réensemencé plusieurs fois peut ne pas prendre d'abord puis prendre ensuite le réactif.

Ces faits sont à rapprocher de ceux que l'on a pu constater avec les cultures du pneumocoque, microbe qui perd la propriété de garder le Gram à mesure que sa vitalité diminue.

Cette notion est importante à préciser, car en s'appuyant sur les résultats fournis par la méthode de Gram on avait établi deux genres bien distincts de méningocoques l'un (type WEICHSELBAUM) toujours décoloré, l'autre (type JAGER HEUBNER) résistant par intermittence à la décoloration.

Cette distinction ne paraît plus avoir qu'une valeur historique et la théorie de la pluralité des méningocoques ne semble pas devoir tenir devant les données de l'observation.

Vitalité. — Dans les cultures le méningocoque paraît être assez fragile. Tous les échantillons qu'il nous a été donné d'observer mouraient spontanément après quelques réensemencements. Le développement ne se fait qu'au-dessus de 35° et s'arrête à 39°. A 65° la culture est tuée en une demi-heure, à 80° en quelques minutes et à 100° aussitôt. Tous ces chiffres ont été précisés par ALBRECHT et GOHN, élèves de WEICHSELBAUM. A la glacière le méningocoque meurt en moins de 48 heures.

Il faut donc, pour conserver les cultures, les garder à l'étuve, et comme leur vitalité ne dépasse pas six jours, il est bon de faire des réensemencements tous les deux jours (WEICHSELBAUM).

Les antiseptiques agissent facilement sur ce micro-organisme fragile.

Le sublimé en solution	à 1/1000	le tue	instantanément
Le formol.	à 1/100	»	en 10 minutes
Le lysol	à 1/100	»	en 1 »

La dessiccation seule suffit à le détruire en quelques heures et elle agit encore plus facilement après l'exposition à la lumière solaire.

Tous ces résultats ont été obtenus avec des cultures; le microbe dans les humeurs et les organes d'animaux qui ont succombé à la méningite résiste plus longtemps à l'action des facteurs que nous venons d'énumérer.

Virulence. — Les inoculations expérimentales du méningocoque ont donné des résultats assez longtemps incertains et la reproduction de la maladie chez l'animal a paru chose difficile et aléatoire.

WEICHSELBAUM avait réussi à déterminer chez la souris blanche une infection nette par injection péritonéale, mais en employant une dose de culture élevée et encore ses résultats n'étaient pas constants.

BONHOFF et GRIFFON par voie intra-veineuse chez le lapin ont obtenu des résultats à longue échéance.

HEUBNER réussit à produire chez la chèvre, par

ponction lombaire et injection de culture, une méningite cérébro-spinale complète.

Albrecht et Gohn n'ont jamais pu tuer le lapin par inoculation dans le péritoine ou sous la dure mère ; une seule fois ils ont pu tuer un cobaye par inoculation sous-cutanée.

Enfin, récemment Lepierre, en transformant le microbe de Weichselbaum par des cultures prolongées en bouillon et par des passages successifs sur des lapins, aurait obtenu un virus capable de tuer cet animal en dix heures à la dose de 1 centième de millimètre cube.

Un certain nombre d'espèces que nous avions déjà observées, nous avaient donné des résultats aussi précaires que ceux obtenus par les auteurs précités, lorsque dernièrement nous avons eu l'occasion d'étudier un méningocoque retiré par ponction lombaire chez un malade mort en deux jours de méningite cérébro-spinale suraiguë. Ce microbe s'est montré très virulent pour les animaux sur lesquels nous l'avons expérimenté et cela par différents modes d'inoculation.

En injectant sous les méninges de cobayes et de lapins trépanés deux à trois dixièmes de centimètre cube de culture en bouillon ascite nous avons vu se produire d'une façon complète chez ces animaux les différentes phases de la méningite cérébro-spinale.

Celle-ci a évolué en vingt-quatre à trente-six heures. L'animal, après quelque temps de calme, cesse de manger, sa température s'élève, puis très rapidement des phénomènes de parésie se montrent du côté des membres postérieurs, les réflexes s'exagèrent. Bientôt ses muscles se contracturent, la nuque se raidit, l'animal, la tête renversée en arrière se paralyse de plus en plus ; il est immobilisé et meurt d'asphyxie progressive. Pendant toute la durée de la maladie il y a paralysie complète de la vessie et du rectum.

A l'autopsie on note très souvent une péricardite hémorragique ; le cœur est mou et friable, le sang laqué, la rate est grosse, le foie tuméfié, pâle ; souvent on trouve de la pleurésie et de la péritonite hémorragiques.

L'axe cérébro-spinal est injecté, la moelle diffluente surtout à la région lombaire, où elle est entourée d'un exsudat épais, jaunâtre.

On trouve des diplocoques en abondance dans le sang, la rate et l'exsudat qui entoure la moelle. Celle-ci, coupée transversalement, montre des méningocoques répartis en grand nombre dans l'espace sous-arachnoïdien au milieu de nombreux leucocytes polynucléaires, dans la substance blanche et même au centre du canal de l'épendyme. Ces coupes sont comparables à celles faites par Béthencourt dans la moelle de malades ayant succombé à la méningite cérébro-spinale.

Par injection intra-veineuse chez le lapin, la mort survient en vingt-quatre heures.

Il en est de même par inoculation intra-péritonéale.

Dans la plèvre l'injection amène une mort plus lente et dans ce cas le poumon est entouré d'un exsudat très épais, purulent, renfermant un grand nombre de méningocoques.

Enfin par inoculation sous la peau la mort survient beaucoup plus lentement et à condition d'opérer avec une dose de culture très élevée (deux centimètres cubes).

Par inoculation dans les fosses nasales le conduit auditif, la conjonctive, nous n'avons obtenu aucun résultat.

Les cultures filtrées sur bougie Chamberland nous ont paru totalement dépourvues d'activité.

On voit que la virulence du méningocoque est variable, qu'elle peut dans certains cas être considérable. Nous avons déjà cité les expériences de Lepierre qui aurait réussi à l'exalter par des passages sur le lapin. Ces faits ne sont pas encore complètement établis. Il en est de même du pouvoir agglutinant que certains auteurs auraient constaté avec le sérum d'animaux traités plus ou moins longtemps par des injections de méningocoque.

Des faits précédents il semble résulter que les propriétés biologiques de ce microbe fragile expliquent assez mal la genèse et la gravité de la maladie qu'il produit chez l'homme.

En temps d'épidémie il est facile de comprendre comment nous pouvons nous infecter. En effet, la maladie est nettement contagieuse, contrairement à l'opinion de certains auteurs ; l'épidémie actuelle en est la preuve, de même que certaines épidémies de régiments où la maladie a été transportée par les soldats dans toutes les villes où ils ont séjourné quelque temps (Médecin principal Geschwind).

La contagion peut se faire par le contact direct (témoin les cas de maladie se déclarant chez des médecins, chez des infirmiers), par les vêtements (Kolhman), par les parasites animaux (piqûres de

puces, VERILL). Chose curieuse, l'homme sain peut transporter le germe de la maladie : en effet, on a trouvé (SCHIFF et JAGER) du méningocoque dans les fosses nasales de gens sains ayant été en contact avec des malades.

Tous ces faits ne peuvent cependant expliquer les cas sporadiques survenant au milieu d'agglomérations et le premier cas d'une épidémie.

Mais on sait, et nous avons pu le contrôler nous-mêmes, qu'il existe dans les fosses nasales de l'homme sain un microbe présentant avec le diplocoque de WEICHSELBAUM un très grand nombre de ressemblances.

Ce microbe, normalement avirulent, comme le pneumocoque rencontré sur les amygdales ou dans la bouche, peut acquérir dans certaines conditions une virulence considérable et infecter l'individu Très facilement phagocyté il est transporté par les leucocytes dans les lymphatiques et de là dans les espaces sous-arachnoïdiens,

Cette notion nous permet de comprendre l'influence des épidémies de grippe sur l'évolution de celles de méningite cérébrospinale ; l'apparition de la méningite pendant la saison froide, époque des infections nasales.

D'autres auteurs comme PINTO, insistant sur les ressemblances constatées entre le méningocoque et le gonocoque, ont soutenu qu'il s'agissait de deux microbes identiques, et pour eux la méningite cérébrospinale ne serait qu'une localisation spéciale de la gonococcie.

Cette théorie est encore à l'époque actuelle étayée sur trop peu de faits pour qu'on ait pu se rendre un compte exact de sa valeur.

En résumé les données que nous venons d'exposer nous aident à comprendre le rôle joué par le diplocoque de WEICHSELBAUM dans la méningite cérébrospinale épidémique.

Son action pathogène le rapproche du pneumocoque avec lequel il présente d'autres affinités. Si les données de la médecine expérimentale ne nous permettent pas de triompher de l'affection déclarée, elles nous donnent du moins le moyen d'établir un certain nombre de mesures de prophylaxie simples à opposer à cette terrible affection.

Sur un cas de myélite syphilitique précoce

par **A. Paquet**, externe des hôpitaux

Ce n'est certes pas un fait exceptionnel, ni même rare, que de voir des accidents tertiaires de la syphilis se manifester pendant la première année de la maladie, et de nombreux cas en ont été rapportés par les auteurs ; mais parfois l'évolution de la maladie se fait avec une telle rapidité, brûlant les étapes pour ainsi dire, que les accidents secondaires peuvent passer inaperçus, ou, tout au moins, s'ils se présentent, être fugaces, et faire place immédiatement à des phénomènes beaucoup plus graves, qui assombrissent singulièrement le pronostic. Nous avons eu l'occasion d'avoir sous les yeux un cas de ce genre, et il nous a paru intéressant de rapporter cette observation précisément à cause de la rapidité avec laquelle s'est effectuée l'évolution de la maladie.

Le 9 mars 1905 est entré à l'hôpital de la Charité, service de M. le Professeur COMBEMALE, un homme, V... Jules, âgé de vingt-cinq ans, célibataire, sans profession. Le malade ne peut plus marcher, ni se tenir debout sur les jambes ; on remarque aussi une certaine inégalité pupillaire. Interrogé, le sujet ne nous signale pas d'antécédents héréditaires ; mais il a eu dix-sept frères ou sœurs, tous morts d'affections inconnues. On ne relève dans son passé aucun antécédent morbide ; il s'est toujours bien porté, n'a jamais eu de maladie infectieuse, jamais d'accident.

C'est au début de décembre 1904 qu'il vit, environ deux centimètres en avant du sillon balano-préputial, un chancre dont la cicatrice est parfaitement nette. L'alopécie suivit de près l'apparition du chancre, mais on ne relève chez ce malade aucun vestige de roséole, pas de plaques muqueuses dans la bouche, ni sous la langue, ni sur les lèvres. Le malade n'accuse ni laryngite, ni céphalée. Bien qu'aucun traitement n'ait été suivi, le chancre évolue normalement. Depuis le 15 février dernier, c'est-à-dire deux mois et demi après l'apparition du chancre, V... Jules sentit la jambe droite devenir lourde, traînante, et les mouvements du membre inférieur étaient gênés. Néanmoins il continua son travail, et ce n'est que le 9 mars que, se sentant plus mal, il vint nous trouver à la consultation. Il se mit donc en route, mais, brusquement, il sentit ses jambes se dérober sous lui, les genoux fléchir, et dut se faire porter jusqu'à l'hôpital.

L inspection nous révèle sur la peau de notre malade des traces d'une éruption papulo-croûteuse, localisée à la partie supérieure de la face antéro-interne de la cuisse, sur la face interne des genoux et des jambes. Les bras sont également atteints par l'éruption qui semble avoir épargné le tronc et la face. Étendu dans son lit, le malade se présente à nous les jambes en extension, l'une contre l'autre, le pied légèrement en équinisme. Si on lui demande d'exécuter un mouvement quelconque, malgré ses efforts et sa bonne

volonté, le membre ne répond pas de lui-même. Pour lever le pied, V... prend la cuisse avec les deux mains ; de même pour fléchir le genou est-il obligé d'avoir recours aux mains. Mais une fois la jambe pliée, il peut l'allonger sans aucun secours. Dans tous ces mouvements que nous essayons de lui faire exécuter, il y a de la brusquerie, mais pas d'incertitude ni d'incoordination. Parfois, on remarque dans son membre inférieur des ressauts musculaires, et de la trépidation, sans qu'aucune excitation extérieure soit venue solliciter ces mouvements. La station debout est absolument impossible, le malade fléchit les genoux, et tomberait si on ne le retenait pas.

La sensibilité n'est pas moins troublée que la mobilité. Le sujet ne ressent pas de douleurs fulgurantes comme dans le tabès, non plus que de douleurs en ceinture, mais il éprouve la sensation de « jambe morte », et il affirme que le genou droit est beaucoup plus froid que le gauche. Si avec une épingle nous cherchons des zones d'anesthésie ou de sensibilité normale, nous constatons un très grand retard dans la perception, et un affaiblissement très net dans la mesure du degré d'intensité de la piqûre faite avec l'épingle. Mais nulle part on ne trouve d'anesthésie totale. Ce retard et cet affaiblissement sont beaucoup plus marqués du côté droit que du côté gauche, et de plus, vont en diminuant de l'extrémité vers la racine du membre. C'est ainsi que le malade n'accuse qu'à la longue une piqûre faite sur le dos du pied ; au genou la sensation est perçue presqu'immédiatement, et à la cuisse, le retard est nul. Nous trouvons à la partie supérieure de la cuisse une zone d'hyperesthésie notable. Sur le tronc, les bras et la face, la sensibilité est normale.

Les réflexes sont modifiés ; le plantaire est amoindri, et on obtient le signe de Babinski et de la trépidation épileptoïde. Du côté droit, le réflexe rotulien est exagéré ; à gauche, au contraire, il est aboli. Les pupilles réagissent à la lumière, et la vision s'accommode à la distance. Les réflexes cornéen et pharyngé sont conservés ; le crémastérien est aboli. Le malade n'éprouve d'ailleurs aucun désir génésique.

En même temps que les troubles de la motilité, était survenue de l'incontinence d'urine ; et le sujet est obligé de conserver d'une façon permanente un urinal parce qu'il ne sent plus le besoin d'uriner. Du côté de l'anus, rien d'anormal.

Nous trouvons enfin chez notre sujet une adénite inguinale très marquée, non douloureuse, des ganglions sus claviculaires et sus-épitrochléens particulièrement nets.

L'examen des yeux fut fait, mais ne révéla rien d'autre que l'inégalité pupillaire ; la vue est bonne, il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel ; le malade reconnaît parfaitement les couleurs qu'on lui présente. Aucun trouble de l'ouïe, pas de bourdonnements. Le goût n'est pas altéré.

Le cœur, le poumons et autres organes sont intacts ; à noter seulement une constipation opiniâtre.

Tel était le tableau symptomatique que présentait notre malade lors de son arrivée à l'hôpital. Le diagnostic de myélite s'imposait par les troubles de la motilité, de la sensibilité, l'état des réflexes, le signe de Babinski, les troubles sphinctériens. L'origine syphilitique de la maladie nous était révélée par les commémoratifs, l'alopécie, les traces de syphilides papulo-croûteuses. Aussi lui institua-t-on aussitôt le traitement spécifique sous forme d'injections hebdomadaires d'huile grise. Mais dès le quatrième ou cinquième jour après l'entrée, V... eut une escharre sacrée qui s'accrut rapidement, principalement du côté droit. Néanmoins, sous l'influence du traitement mercuriel, l'incontinence d'urine n'est plus aussi intense : le malade sent le besoin d'uriner, mais il est encore incapable d'empêcher la miction de s'effectuer, et le liquide s'échappe aussitôt. Du côté de la sensibilité et de la motilité du membre inférieur, on ne note aucune amélioration.

Malgré les avis qui lui furent donnés, bien que la gravité de son état, tant au point de vue de la syphilis que de l'infection possible par son escharre, ne lui fût point cachée, le malade voulut absolument quitter l'hôpital.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'histoire de ce malade. Peu nous importe de savoir si la syphilis médullaire est une affection fréquente ; aucune statistique sur laquelle on puisse se baser n'a été établie jusqu'à présent et il est certain que l'opinion de Erb qui, en dix ans n'a observé que trente à trente-cinq cas de paraplégie spinale syphilitique contre quatre cent de tabes, et celle de Muchin, qui prétend avoir rencontré vingt-huit paraplégiques contre vingt-six tabétiques, sont toutes deux exagérées. M. Marie pense que la myélite syphilitique est assez fréquente, et il nous rapporte que « lorsqu'il est en présence d'un malade âgé de plus de vingt-cinq ans et présentant tous les symptômes de la paralysie spasmodique, c'est à elle qu'il pense tout d'abord ».

Mais ce qui nous paraît beaucoup plus intéressant de signaler, c'est la rapidité extraordinaire avec laquelle la maladie a évolué. D'accidents secondaires, on ne relève que l'éruption papulo-croûteuse ; pas de laryngite, pas de roséole, pas de plaques muqueuses buccales ou anales, pas de céphalée. Mais dès le troisième mois après l'apparition du chancre, ce sont déjà des phénomènes médullaires, des troubles dans la marche, un retard marqué dans la perception des sensations, de l'incontinence d'urine, des modifications dans l'état des réflexes, etc.

Le plus souvent, selon Gilbert et Lion, c'est pendant le sixième ou le douzième mois qu'apparaissent les premiers symptômes, et ils rapportent que sur 103 cas observés par eux, les accidents médullaires ne sont survenus que 21 fois de trois à six mois.

On s'est demandé avec raison si un accident, un traumatisme de la colonne vertébrale, une maladie infectieuse, la variole, la fièvre typhoïde par exemple, une tuberculose pulmonaire ou spinale ne pouvaient pas avoir une influence sur la précocité de l'éclosion des phénomènes médullaires ; et à ce sujet nous avons pu trouver un certain nombre d'observations intéressantes. Dans l'une d'elles il s'agit d'un homme atteint de myélite syphilitique qui s'était empalé ; et, de son rectum, on avait retiré une tige de bois longue de vingt-deux centimètres. Dans une autre, il est question d'un malade qui avait fait une fièvre typhoïde et à qui on avait fait l'ablation d'un testicule tuberculeux. Mais à côté de ces cas, il en d'autres, et le nôtre est de ceux-là, où le sujet n'a aucun antécédent personnel. V..., avons-nous dit, a toujours été bien portant jusqu'en décembre dernier ; il n'a pas fait de maladie infectieuse, et n'avait eu aucun accident susceptible de léser son névraxe. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas rejeter bien loin cette vue de l'esprit sur les causes prédisposantes à la localisation médullaire précoce de la syphilis, car il est évident qu'une compression de la moelle chez un pottique par exemple, une maladie infectieuse présentant des symptômes d'origine spinale peuvent faire, de certaines zones médullaires, un « locus minoris resistentiae » sur lequel la syphilis aura une grande prise.

Le pronostic de la syphilis médullaire est très sérieux, car les symptômes apparaissent généralement très tôt, le plus souvent la première ou la seconde année, beaucoup plus vite par conséquent que ceux du tabès par exemple, qui eux ne se manifestent d'habitude que dix, quinze, vingt ans après le chancre, et ne constituent pas d'emblée pour le malade, une véritable infirmité, comme pour notre sujet. Le pronostic s'assombrit encore pour V. . si l'on considère que l'escharre qu'il porte au sacrum est une porte ouverte à une infection généralisée qui pourrait l'enlever très rapidement.

Clinique chirurgicale de Saint-Sauveur

Météorisme persistant à la suite d'une opération de hernie étranglée

Observation recueillie par M. **Capron**, externe.

F... Marie, 45 ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur, le 6 mars 1905, pour une hernie crurale étranglée, dans le service de M. le professeur Folet.

Comme antécédents héréditaires, elle ne présente rien de particulier : son père est mort à 81 ans ; sa mère vit encore.

Comme antécédents collatéraux, frère mort de pleurésie ; deux autres sont en bonne santé.

F... Marie n'a jamais été malade. Elle avait sa hernie depuis 24 ans, elle portait toujours un bandage et ne souffrait pas. En outre elle est fort nerveuse de son naturel ; elle affirme n'avoir jamais présenté d'attaques d'hystérie ni aucun autre phénomène nerveux. Le 5 mars au soir, au moment de se coucher, la malade enlève son bandage et tousse quelques coups ; la hernie sort, devient immédiatement douloureuse et ne rentre plus. Le médecin appelé a essayé de la réduire ; il a pratiqué un taxis qu'il dit avoir été léger ; et, la réduction étant impossible, la malade entre à l'hôpital le 6 mars, à 10 heures du matin.

A l'examen de la malade, on trouve d'abord un état général assez bon ; température 37°3. Dans la nuit la malade a eu des vomissements bilieux à odeur fécaloïde. Elle n'avait pas été à la selle et n'avait pas rendu de gaz.

Localement, au niveau de la région crurale, tumeur grosse comme un petit poing, douloureuse, irréductible, sonore à la percussion. Le ventre est tendu, légèrement douloureux.

M. Folet décide l'intervention immédiate. Il a l'habitude de faire faire, sous sa direction, la kélotomie par l'interne, quand elle s'annonce comme devant être simple ; sauf à prendre lui-même le bistouri au cours de l'opération, si quelque complication se présente. C'est donc M. Petit, interne du service, qui procède à l'intervention.

A l'ouverture du sac, il s'échappe des gaz et du liquide hématique noirâtre et, cette ouverture une fois agrandie, on trouve un morceau d'épiploon et une anse d'intestin grêle, aplatie et de couleur raisin noir. Etranglement très serré, débridement assez difficile. On aperçoit alors sur l'intestin attiré au dehors une fissure longue de 8^{mm}, siégeant sur le bord libre et par laquelle s'étaient échappés les gaz.

Il était difficile d'attribuer cette lésion à autre chose qu'au taxis. Double rangée de sutures d'affrontement des bords muqueux, puis d'enfouissement. Sous un lavage à l'eau très chaude, l'intestin a repris une bonne couleur. On n'aperçoit sur lui aucun autre point suspect. On rentre le tout, on met un drain à l'intérieur du sac qu'on referme autour du drain par une suture en bourse. Les trois jours suivants, 7, 8 et 9 mars, état assez satisfaisant, plus de vomissements ; mais pas de gaz. Le 10, il y a eu quelques gaz émis par l'anus ; mais pas de selle. Le ventre est météorisé. C'est surtout le gros intestin qui est distendu et se dessine nettement sous la peau. Le toucher rectal indique que des paquets stercoraux encombrent le rectum. A la suite d'un grand lavement purgatif, survient une évacuation très copieuse.

La température, qui était peu à peu montée à 38°, tombe à 36°8. Elle n'a, depuis lors, jamais dépassé 37°. Durant toute la semaine suivante, alors que localement la plaie a bon aspect et que l'état général est satisfaisant, on note la persistance et même l'augmen-

tation du tympanisme. Les anses intestinales distendues se voient sous les parois abdominales ; et ce n'est plus seulement le gros intestin mais aussi les sinuosités de l'intestin grêle qui apparaissent visibles.

Un purgatif salin le 15 mars produit quelques selles, mais ne fait rien contre le météorisme qui augmente encore. Oppression marquée. On place une longue canule molle dans le rectum, dans l'espoir d'évacuer les gaz de l'intestin. Elle est rejetée par une selle et l'intestin reste tendu. Administration quotidienne de quinze gouttes de teinture de noix vomique et application de glace sur le ventre. Dans la journée du 18, émission de gaz nombreux et infects.

Depuis lors les selles sont copieuses et le météorisme s'atténue considérablement. La malade sort sur sa demande le 28 mars.

Quelle a été la nature de ce météorisme persistant deux semaines après la levée de l'étranglement et le libre rétablissement du cours des matières ? Tympanisme hystérique ? Paralysie réflexe du tube digestif, le grand sympathique abdominal s'étant inhibé en totalité par suite des lésions intenses qu'a subies l'anse intestinale étranglée ?

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 8 Mai 1905

Présidence de M. Surmont, président.

Kyste thyro-hyoïdien

M. **Le Fort**. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de médecine un kyste thyro-hyoïdien que j'ai eu l'occasion d'enlever le 5 avril avec l'aide de mon excellent confrère et ami le docteur Legrand. Le malade, âgé de trente-cinq ans environ, portait sur le côté droit du cartilage hyoïde cette petite tumeur qui, dans ces dernières années, avait atteint le volume d'une grosse noix. Malgré la forme arrondie apparente, je me méfiais du prolongement que je n'ai pas manqué de trouver. La tumeur, à paroi extrêmement mince, contenait un liquide foncé, presque noir ; elle était adhérente en haut à la face postérieure de l'os hyoïde et se prolongeait au-delà vers la base de la langue ; en bas, elle envoyait également un prolongement vers le cricoïde. La dissection fut poursuivie jusqu'à la constitution de deux pédicules paraissant bien pleins et non canaliculés ; guérison par première intention. Il s'agit vraisemblablement d'un kyste développé aux dépens du canal de Bochdalek, la pièce est envoyée à l'examen histologique.

M. **Le Fort** insiste sur le fait que ces tumeurs sont rares et assez mal connues des chirurgiens. Il a eu l'occasion dans un concours, de constater chez des maîtres éminents les plus étranges divergences d'opinions sur cette intéressante question.

M. **Combemale** demande si le contenu du kyste était sanguinolent.

M. **Le Fort** répond que le liquide kystique était citrin et transparent.

M. **Gérard** a observé un cas où le volume de la tumeur augmentait l'été et diminuait l'hiver.

Deux cas de goître suffocant

M. **Lambret**. — Je présente une première malade opérée il y a dix-huit mois. Il y eut deux interventions, tout d'abord une trachéotomie imposée d'urgence par des phénomènes d'asphyxie très menaçants. Le diagnostic à ce moment ne fut pas posé d'une façon nette, c'est à peine si l'on sentait une vague tuméfaction du cou ; l'état de la malade ne permettant pas un examen attentif, je fis non pas la trachéotomie proprement dite mais la laryngotomie intercricothyroïdienne. Trois semaines plus tard, les troubles respiratoires ayant disparu l'examen put démontrer l'existence d'une petite tumeur située à la base du cou et sur la ligne médiane, très difficile à délimiter mais paraissant faire corps avec la glande thyroïde et participer à ses mouvements. Or la seconde intervention eut lieu alors par une incision transversale ; on put énucléer un petit goître intrathyroïdien du volume d'un gros marron et qui était en grande partie caché derrière le sternum.

Depuis l'intervention la malade n'a plus jamais eu de gêne respiratoire.

M. **Lambret** montre ensuite la photographie de sa seconde malade, opérée depuis dix-huit jours. Celle-ci, au contraire de la précédente, était atteinte d'un goître énorme aux dimensions colossales ; elle était âgée de trente-quatre ans et sa tumeur avait débuté vers l'âge de neuf ans ; les troubles respiratoires qu'elle présentait étaient également très marqués. Elle avait eu à plusieurs reprises des accès inquiétants de suffocation, et il lui était impossible de faire quelques pas un peu rapidement ou de monter un escalier sans présenter du véritable cornage.

A l'examen M. Lambret diagnostiqua un goître polykystique, mais l'opération démontra qu'il s'agissait d'adénomes mous très vasculaires, entourés d'une capsule à la surface de laquelle rampaient d'énormes veines à paroi très friable et qui se déchirait au moindre attouchement. L'hémorragie opératoire fut très abondante. La trachée et le larynx étaient fortement déviés à gauche et se trouvaient sur une verticale tombant de l'angle de la mâchoire ; la trachée était aplatie.

Actuellement la malade va aussi bien que possible et pourra être présentée à la prochaine séance.

Il était intéressant de rapprocher ces deux cas dans lesquels les phénomènes d'asphyxie étaient occasionnés par des tumeurs de volume et de situation si différentes. Dans le premier un goître de très petit volume, mais placé derrière le sternum, comprimait la trachée ; dans le second

celle-ci était déformée et surtout très déviée par une tumeur de dimensions considérables.

Appendice dans une hernie crurale étranglée

M. **Descarpentries**. — J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. J. **Colle** et au mien, un appendice trouvé dans une hernie crurale droite étranglée, chez une femme de quarante ans. La malade portait la hernie depuis cinq ans ; celle-ci était réductible, mais douloureuse. La veille, le sujet n'avait pas su la faire rentrer, et avait appelé un médecin qui essaya en vain de la réduire.

Le lendemain, nouvelles tentatives de taxis qui, malgré la violence avec laquelle elles furent faites, restèrent heureusement sans résultats. La malade rentre d'urgence à l'hôpital ; son état général n'est pas troublé, mais pas de selles, la hernie est très douloureuse. L'opération est faite d'urgence. Après incision de la peau on tombe sur des caillots sanguins provenant d'un hématome dû aux tentatives de réduction, puis sur la hernie marronnée. Dans le sac plein d'un liquide rougeâtre, fétide, on sent un petit boudin de la grosseur du doigt, rond, lisse que l'on prend d'abord pour un étranglement latéral, puis, vu sa longueur, pour la trompe herniée. Après désinfection, on lève l'étranglement qui est très serré, et on amène en tirant sur le boudin, l'extrémité cœcale. On avait affaire à un appendice très long, très tuméfié et enflammé.

On le résèque. Il contenait un liquide horriblement fétide Le sac est fermé en maintenant l'extrémité appendiculaire au dehors, drainage et sutures. Les suites furent bonnes : la température, après être montée le lendemain à 39°5, tomba, cinq jours après, à 37°. La malade est aujourd'hui presque complètement guérie.

Il est rare de rencontrer un appendice dans une hernie crurale, et plus rare encore de le voir s'y étrangler.

En outre cette observation montre une fois de plus combien le taxis peut parfois être dangereux, car en réduisant un appendice en pareil état, on s'exposait aux accidents les plus graves.

M. **Colle** se demande si la taille excessivement longue de l'appendice n'est pas étrangère à l'étranglement ?

Sac herniaire tuberculeux avec adhérences de l'appendice

M. **Descarpentries**. — Je désire montrer à la Société, au nom de M. le professeur **Gaudier** et au mien, un sac herniaire tuberculeux avec appendice, adhérant au fond du sac. Ce sac fut enlevé chez un enfant de quatre ans, amené à la consultation pour une hernie inguinale gauche étranglée. La hernie, que la mère n'avait jamais vue auparavant, s'était produite la veille. Elle n'était pas réductible, le scrotum était tendu, rougeâtre, douloureux. L'enfant avait de fréquents faux besoins, mais n'avait pas eu de selles depuis l'accident. Le ventre était gros, non ballonné.

On décida une intervention d'urgence.

Après incision, on trouva le sac si épaissi, que l'on crut au premier abord être en présence de la paroi intestinale et d'une hernie par glissement. Il contenait un peu de sérosité rougeâtre et l'extrémité inférieure du cœcum avec l'appendice. Ce dernier se trouvait retenu au fond du sac par une adhérence large d'un centimètre, fibreuse et résistante. En outre, les parois de ces organes étaient couvertes de granulations tuberculeuses, de la grosseur d'un grain de millet.

L'étranglement fut levé et le canal inguinal largement ouvert. Par le sac s'écoula un liquide ascitique venant de la grande cavité péritonéale. On y introduisit la main : les parois étaient criblées de granulations. L'appendice fut réséqué au thermocautère : ne pouvant l'enfouir dans les parois cœcales tant elles étaient minces et malades, on maintint la surface de section hors du péritoine par un catgut passé dans la paroi musculaire. Le sac et le bout appendiculaire furent enlevés. Drainage de la cavité péritonéale et sutures plan par plan.

Les suites furent bonnes. La plaie herniaire guérit normalement, mais la péritonite tuberculeuse semble actuellement évoluer car le ventre est gros et contient de l'ascite.

Cette observation nous a paru intéressante à être rapportée, car il très rare de trouver un appendice dans une hernie inguinale gauche, même chez l'enfant où le cœcum est plus flottant dans la cavité péritonéale. Il ne semble pas douteux que l'adhérence de cet organe au fond du sac herniaire ne soit due à la tuberculose et n'ait contribué beaucoup à produire l'étranglement herniaire.

La leucocytose digestive. Sa valeur diagnostique. Etude physiologique et clinique.

MM. **Breton** et **Vanstenberghe**. — D'une longue étude expérimentale faite sur la valeur diagnostique de la leucocytose digestive, tant au point de vue physiologique que pathologique, nous tirons les conclusions suivantes : On constate chez l'homme sain, dans tous les cas, pendant la période digestive, une augmentation du nombre des leucocytes, atteignant son maximum deux heures après le repas. Cette augmentation déjà observée par de nombreux auteurs tels que Nasse, Molleschott, Hirt. Pohl, Rieder, Schultze, Rienert, Von Lembeck, etc., est un phénomène fréquent mais dont la constance est sujette à caution. Le chiffre des leucocytes peut doubler pendant la digestion, surtout si le sujet en expérience est resté plus de douze heures à jeun. C'est après le premier repas du matin que l'augmentation des globules blancs est la plus nette. L'élévation du nombre porte sur les polynucléaires et les

mononucléaires, ces derniers étant les plus intéressés; cette élévation n'est pas due à des oscillations normales de la courbe leucocytaire, car, en effet, si chez les sujets à jeun il y a une légère leucocytose, celle-ci est toujours de moins grande importance et c'est le taux des polynucléaires qui s'accroît le plus.

Cette leucocytose paraît être comparable à toutes les leucocytoses infectieuses ou toxiques ; elle manifeste la réaction de l'organisme contre les substances nuisibles introduites dans le sang pendant la digestion. Cette opinion est conforme à celle que BURIAN et SCHUR, LÖWIT et RIEDER ont soutenue.

Nous insistons sur la fréquence du phénomène chez l'homme sain. En d'autres termes, l'absence de ce fait indique un état pathologique dont il s'agit de rechercher la cause. MULLER, le premier, a observé la disparition de la leucocytose dans le cas de cancer stomacal. Il en a signalé l'importance comme procédé de diagnostic précoce. D'autres auteurs ont discuté ses conclusions, mais les ont généralement admises (SCHNEYER, HARTUNG, BURIAN et SCHUR, JEZ, HOFFMANN, CHEADBOURNE, etc.).

Nous avons étudié à ce point de vue treize cas de cancer stomacal, dont le diagnostic a été contrôlé. Douze fois la leucocytose manquait nettement et le chiffre des leucocytes était dans dix cas sur douze fortement abaissé. Ces *faits* ont été contrôlés à toutes les périodes du cancer stomacal. On peut citer en particulier deux cas curieux : l'un a réalisé le type anatomo-pathologique de la linite plastique, l'autre, dont le diagnostic était gastro-névrose, a montré, au moment de l'intervention, un cancer du pylore au début.

Un malade, examiné à intervalles réguliers pendant plusieurs mois et considéré comme cas négatif, n'a pas présenté de leucocytose digestive pendant les derniers examens, et a vu en même temps son état pathologique s'aggraver, comme s'il se fût agi d'un envahissement secondaire de l'estomac.

L'épreuve a été également négative dans trois cas de cancer du foie, deux secondaires et un primitif. Le fait n'est donc pas spécial au cancer de l'estomac ; il n'est pourtant pas commun à tous les cancers en général, car dans trois cas de néoplasmes viscéraux pris au hasard, mais n'intéressant pas le tube digestif, la leucocytose digestive existait.

L'absence de leucocytose n'est pas non plus le propre de toutes les affections gastriques, non néoplasiques, puisque dans onze cas de maladies du système digestif, le taux des globules blancs a augmenté post-prandium.

MM. **Breton** et **Vanstenberghe** ajoutent que les infections les plus variées ne montrent jamais un défaut de leucocytose digestive. Chez les tuberculeux notamment, dans sept cas sur dix à tous les stades et dans toutes les formes de la tuberculose, la leucocytose digestive se manifestait aussi nette que chez les individus sains. A la période ultime de l'infection bacillaire, ou dans la granulie, la réaction paraît manquer. Dans ces cas, en effet, les malades s'alimentent très difficilement, et ceci est peut-être la seule raison de l'absence de réaction globulaire.

Les auteurs concluent de ces faits, à la valeur de l'épreuve de la leucocytose digestive dans le diagnostic précoce de tumeurs gastriques ou hépatiques. Ils n'en font pas un procédé absolument infaillible, mais dont l'importance est tout au moins plus grande que celle des méthodes chimiques employées dans ce but.

M. **Charmeil** constate que l'augmentation leucocytaire physiologique, indépendante de la digestion, ne suit pas la courbe quotidienne de température.

M. **Patoir** demande si les sujets ont été privés d'aliments liquides.

M. **Breton** répond affirmativement.

M. **Surmont** pense que ces recherches ont grand intérêt. Il ne doute pas que l'absence de leucocytose digestive soit un signe de haute valeur en faveur du néoplasme stomacal. Il a constaté personnellement, chez un malade atteint de cancer gastrique, une leucopénie véritable après absorption de nourriture.

M. **Combemale** pense utile de voir cette étude confirmée par de très nombreux examens.

A propos d'un cas de kératite interstitielle chez le chien

M. **G. Gérard**. — Les affections des yeux les plus fréquentes chez les chiens sont : les conjonctivites banales communes chez les jeunes ou les très vieux animaux, les kératites infectieuses consécutives aux gourmes, et la cataracte sénile.

La kératite interstitielle est extrêmement rare : c'est du moins l'opinion des vétérinaires auxquels j'ai soumis le cas que je vais maintenant rapporter.

Une petite chienne que je possède présenta à la fin de 1902 — elle avait alors 6 ans — sur chacune des cornées une série de petites taches plus abondantes sur l'œil droit qui prit rapidement une teinte uniformément grise.

J'observai successivement sur les deux yeux : un léger degré de vascularisation surtout marqué à la périphérie de la cornée, avec légère infection conjonctivale ; puis une augmentation de l'opacification qui devint telle que la cornée droite, en particulier, devint *blanche comme de la porcelaine*.

Cet état persista sans modification jusqu'au mois de juin 1904. A cette époque, ma femme partit à la mer avec ses enfants : la chienne, qu'ils avaient emmenée, soumise à l'action du grand air, au mouvement, à une activité plus grande, présenta du côté des yeux une amélioration rapide extraordinaire. Dès la fin du premier

mois de séjour, l'œil droit s'était beaucoup éclairé ; il n'existait plus qu'un trouble laiteux interstitiel des cornées.

L'amélioration consécutive fut plus lente, mais la guérison survint complète en l'espace de trois mois. Les cornées étaient redevenues absolument transparentes, et il ne persistait plus aucune trace d'opacification superficielle ou d'infiltration.

Cet état s'est maintenu intégralement depuis lors.

Par comparaison avec ce qu'on observe en pathologie humaine, les réflexions que m'ont suggérées cette observation de kératite interstitielle chez un animal sont les suivantes :

1° Le cas ayant été suivi sur un chien, il ne saurait être question de kératite d'origine syphilitique, mais bien de kératite interstitielle par dénutrition générale.

Plus que jamais, je pense — d'accord en cela avec Panas et contre Hutchinson — qu'il ne faut pas considérer comme syphilitiques héréditaires tous les sujets atteints de kératite interstitielle ; à mon avis, la kératite parenchymateuse est, avant tout, la localisation d'une affection de dénutrition, atteignant d'une manière générale les tissus conjonctifs et spécialement la cornée, les dents et les ongles, et pouvant ainsi se présenter avec toutes les allures de la syphilis héréditaire (fréquence relative de la kératite interstitielle chez les sujets de quinze à vingt-cinq ans).

2° Dans le cas présent, le traitement marin — ou si l'on veut plus simplement le grand air — a eu sur la marche de l'affection une influence remarquable.

Pour ma part, j'ajoute que dans la plupart des cas de kératite interstitielle, le traitement local me semble absolument illusoire et inutile ; le traitement général seul peut agir en excitant la nutrition d'un organisme affaibli, délabré et en état de moindre résistance.

MM. **Charmeil** et **Surmont** citent de nombreux cas de kératite interstitielle chez les scrofuleux.

Variétés & Anecdotes

Ce qu'on nous fait dire

La semaine dernière, me trouvant sur la plate-forme d'un tramway, je fus abordé par un ouvrier ayant l'air d'un contre-maître intelligent, qui me dit :

— Bonjour, Monsieur le docteur. Vous me reconnaissez, n'est-ce pas ? Vous m'avez soigné à Saint-Sauveur.

Tous les malades, aussi bien ceux de l'hôpital que ceux de la clientèle civile, sont persuadés que le médecin qui les a traités porte leur physionomie et l'histoire de leur maladie à jamais gravées dans sa mémoire et doit les reconnaître, même après de longues années. Comme leur maladie ou leur opération a été un fait capital dans leur existence, ils sont surpris, voire même scandalisés et un peu peinés que vous n'ayez pas gardé le souvenir de ce gros événement. Aussi ai-je adopté une formule uniforme de réponse :

— Parfaitement, mon ami ; je me rappelle très bien votre figure. Mais j'ai un peu perdu de vue les détails de votre maladie...

— Comment donc ! Vous m'avez sauvé la vie en 1892.

— J'en suis très capable. Et qu'est-ce que vous aviez ?

— J'avais une poche de pus dans la ventre; vous l'avez vidée deux fois. Depuis il m'est venu ici (il désignait son épigastre) une petite grosseur qui rentre et qui sort et qui parfois me donne des maux d'estomac. Mon médecin m'a dit que c'était une hernie épi... épigastrique, je crois. Du reste, ajouta-t-il, je ne suis pas étonné que cela me soit venu ; vous me l'aviez bien prédit.

— Ah vraiment !

— Oui. Vous avez dit aux internes : « *Cet homme là a des » insectes qui lui rongent la bassine du ventre. Voilà pour» quoi il sera sujet aux hernies.* »

— Hein ?! répliquai-je, tout abasourdi, vous êtes bien sûr que j'ai dit ça ?...

— Parbleu ! Vous l'avez dit tout bas aux élèves pour que je ne l'entende pas ; mais j'ai très bien compris.

Et mon homme répéta mot pour mot la phrase dont le texte lui semblait familier et qu'il a dû servir plus d'une fois à ses amis et connaissances : « *Cet homme là a des insectes qui lui » rongent la bassine du ventre.* »

Là-dessus mon interlocuteur, arrivé à destination, me salua et descendit du car, sans que j'eusse entrepris de le détromper ; ce qui aurait été probablement inutile.

Je crois avoir retrouvé l'observation de ce malade. Elle a été publiée dans le *Bulletin médical* de 1892. Il doit s'agir d'un abcès du foie, complication tardive d'une dysentérie du Tonkin, qui a été guéri par deux ponctions aspiratrices suivies de lavages à la liqueur de Van Swieten dédoublée.

Mais qu'ai-je bien pu dire qui ait servi de thème à l'étrange assertion que me prête le malade ? A-t-on, en discutant devant lui le diagnostic, émis l'hypothèse de kyste hydatique suppuré, et parlé de parasites ; ou bien a-t-on simplement prononcé le mot banal de microbe ? Pour des esprits simplistes, parasites, microbes, petites bêtes, vers, *insectes*, tout cela est synonyme. A-t-on parlé de lésions ou de complications possibles du côté du *bassin ?* On ne peut faire là-dessus que des suppositions.

Quoi qu'il en soit, vous voyez, mes chers confrères, quelles déformations fantastiques et cocasses peut subir un propos médical. Donc, quand un profane attribue à un médecin quelque absurdité pathologique, vous affirmât-il l'avoir entendue de ses oreilles, n'en croyez pas un mot.

Dr H. Folet.

NOUVELLES & INFORMATIONS

1er Congrès international de physiothérapie Electrothérapie, Cinésithérapie (Mécanothérapie, Massothérapie) Photothéraphie, Radiothérapie, Thermothérapie, Aérothérapie, Hydrothérapie, etc. Electrodiagnostic, Radiographie, etc., sous le patronage du Gouvernement belge et sous la présidence d'honneur de M. le baron Maurice VAN DER BRUGGEN ministre de l'agriculture. (Liège, les 12, 13, 14 et 15 août 1905).

De toutes parts on reconnaît que l'emploi des agents physiques dans la médecine a fait des progrès énormes, et que la physiothérapie est appelée à un avenir des plus grandioses.

Actuellement cependant, les forces sont éparpillées, les indications sont peu connues et l'application ne trouve pas encore la consécration qu'elle mérite.

Déjà des Congrès particuliers ont étudié diverses branches de la physiothérapie. Ces Congrès ont leur utilité ; ils approfondissent l'étude d'une branche spéciale. Sans empiéter sur les objets de ces Congrès, il est temps cependant de grouper en un Congrès général tous les moyens de thérapie physique pour étudier l'orientation actuelle de la thérapeutique dans ce sens :

1° Etudier les indications spécifiques de chacun des agents physiothérapiques ; 2° Décrire l'instrumentation et la technique des divers agents physiques de traitement ; 3° Exposer : *a*). Comment est actuellement donné l'enseignement universitaire de la physiothérapie dans les divers pays où cette science est enseignée ; *b*) comment il conviendrait que cet enseignement fût professé dans les Facultés de médecine ; 4° Indiquer les moyens propres à réprimer énergiquement l'empirisme et les abus des guérisseurs qui prétendent soigner par les moyens physiothérapiques.

On est prié d'adresser le bulletin d'adhésion à M. le docteur DE MUNTER, 86, rue de Louvrex, à Liège, qui s'occupe de l'organisation du Congrès, et les rapports à M. le docteur GUNZBURG, 7, rue des Escrimeurs, à Anvers, qui s'occupe des travaux du Congrès.

— La réunion statutaire du mois de mai de l'**Association de la Presse médicale française** a eu lieu le vendredi 5 mai 1905, au restaurant MARGUERY, sous la présidence de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, syndic. 28 personnes y assistaient.

M. A. ROBIN, syndic sortant, a été réélu à l'unanimité.

M. GRANJUX a été nommé secrétaire général à l'unanimité, en remplacement de M. Marcel BAUDOUIN, démissionnaire.

Une Commission composée de MM. BLONDEL, BUTTE, CABANÈS et PICHEVIN, a été chargée de faire, pour la prochaine séance, un rapport sur l'arbitrage entre membres de l'Association.

UNIVERSITÉ DE LILLE

La médaille d'honneur des épidémies, *en bronze*, a été décernée à M. Félix DE BIL, externe des hôpitaux de Lille, pour le dévouement dont il a fait preuve au cours d'une épidémie de scarlatine en 1904, au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer. Nos félicitations à ce jeune et sympathique confrère.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. M.-H.-A. LIÉNARD, de Wasquehal (Nord), a soutenu avec succès, le vendredi 16 mai, sa thèse de doctorat (n° 27) intitulée : **Le rhumatisme chronique chez l'enfant, revue générale à propos d'un cas.**

Notre Carnet

Le docteur M. GALLOIS, de Lille, nous fait part de la naissance de sa fille GERMAINE Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — MM. les professeurs EHRLICH, de Francfort, et RAMON Y CAJAL, de Madrid, ont été nommés associés étrangers.

Distinctions Honorifiques

Instruction publique. — Ont été nommés *officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs BELUZE, PASCALISE, CHENET, CAMPION, CARRA, de Paris ; SOUBISE, de Fontenay-aux-Roses (Seine) ; AUCHÉ, de Bordeaux (Gironde) ; JACQUEMIN, de Rochefort (Charente-Inférieure) ; STRŒBEL, de la Rochelle (Charente-Inférieure) ; COCHEZ, HÉRAIL, d'Alger (Algérie) ; FONTAN, de Toulon (Var). On été nommés *officiers d'Académie* : MM. les docteurs POST. ABRAMOFF, DEMAY, MATHIEU, LAROUSSINIE, MORIN, CHEVALLIER, EUDLITZ, MANHEIMER, ROSENTHAL, DAYEZ, BLOC, DURRIEUX, FOURNAISE, de Paris ; PARSAVANT, de Saint-Denis (Seine) ; SERGENT, de Septeuil (Seine-et Oise) ; RICHARD, de Mâcon (Saône-et-Loire) ; PUGENS, de Belcaire (Aude) ; PETITELER, de Rouen (Seine-Inférieure) ; BONDEAU, de Choisy-le-Roi (Seine) ; DIET, de Saint-Nazaire (Loire-Inférieure) ; NOLÉ, de Saint-Alban (Lozère) ; CONDAMY, LEPAINTRE, de la Rochelle (Charente-Inférieure) ; BROUSTEL, de la Réole (Gironde) ; CHICHÉ, de Pauillac (Gironde) ; DUNAN, d'Etauliers (Gironde) ; HAMEAU, d'Arcachon (Gironde) ; HILLCOCK, de Lerm-et-Musset (Gironde) ; VITRAC, de Libourne (Gironde) ; LACOUCHE, MONGOUR, SAGE, VERGELY, de Bordeaux (Gironde) ; BENOIT, de l'Arbat (Alger) ; BERTIN, de Guyotville (Alger) ; CRESPIN, GILLOT. VERHAEREN, TAUTON, SCHERB, d'Alger (Alger) ; SPIRE, SCHÆFFER, de Tlemcen (Oran) ; DAVID, de Naumartin (Vienne) ; GUIZOT, SEYTRE, de Cannes (Alpes-Maritimes) ; ISNARD, de Carros (Alpes-Maritimes) ; JACOB, de Sauve (Gard) ; FLOUS, de Noaillan.

Mérite agricole. — A été nommé chevalier : M. le docteur LE PAGE, d'Orléans (Loiret).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Jules REHNS, attaché à l'Institut Pasteur de Paris ; GANNAL, de Paris ; MOMONT, attaché à l'Institut Pasteur de Paris ; DELACOUR, médecin de la marine, en retraite ; MAURIAC, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Vichy. — Étude clinique des indications et des contre-indications, par les docteurs Fernand LAMBERT, médecin principal de 2e classe, médecin-chef de l'hôpital militaire thermal de Vichy, et Victor RAYMOND, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire thermal de Vichy. Un volume in-18 de 138 pages, broché. F. R. de RUDEVAL, imprimeur-éditeur, 4, rue Antoine Dubois, Paris, (VIe).

Cet ouvrage est, avant tout, une étude clinique, destinée aux praticiens.

Si la cure de Vichy est utile, à la grande majorité des malades atteints d'affections abdominales ou arthritiques, il en est bon nombre, par contre, à qui elle est inutile, d'autres dont elle aggrave l'état. C'est que l'eau de Vichy, prise aux sources, est un médicament actif et, à ce titre, possède des indications et des contre-indications très précises, que tous les médecins doivent connaître. Les indications découlent de la nature de la maladie, les contre-indications découlent plutôt de l'état général ou local du malade, si bien que même les affections les plus justiciables de la cure, paludisme ou diabète par exemple, présentent leurs contre-indications.

Laissant de côté les théories qu'ils indiquent sans les discuter, les auteurs se sont attachés à poser, au point de vue purement clinique, ces indications et contre-indications.

Les premières pages indiquent, très brièvement, la nature et la composition des eaux de Vichy, mettant surtout en relief leurs propriétés physiques, au moins aussi importantes que les chimiques. Puis vient une étude très détaillée des effets de la cure sur l'organisme en général et chaque appareil en particulier.

De cette étude physiologique découlent, pour chaque affection, les indications et les contre-indications ; et c'est là la majeure partie de l'ouvrage et la plus documentée. Pour chaque cas particulier, sont exposés et discutés l'utilité du traitement, son moment, ses résultats : à lire surtout les chapitres sur les affections gastro-hépatiques, les cardiopathies, la tuberculose, etc.

Ce petit livre très clair, très concis, très divisé est cependant d'une lecture facile, allégé, comme il l'est, de tableaux, d'analyses, de formules, et s'en tenant à la stricte exposition des faits cliniques.

Il a sa place marquée sur la table de tout médecin sur le point d'envoyer un malade à Vichy, et si embarrassé souvent pour le faire en connaissance de cause.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

20e SEMAINE DU 14 AU 20 MAI 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	»
3 mois à un an	10	6
1 an à 2 ans	3	5
2 à 5 ans	4	4
5 à 20 ans	1	2
20 à 60 ans	19	17
60 ans et au-dessus	14	15
Total	57	49

Répartition des décès par quartier — CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	5	8	15	27	8	10	8	2	10	»	1	94
TOTAL des DÉCÈS	2	13	11	28	9	15	5	5	12	2	4	72
Autres causes de décès	»	2	2	6	3	9	1	»	4	1	»	28
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	1	»	1	»	»	1	1	1	5
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	1	1	5	»	»	1	»	»	»	1	9
Maladies organiques du cœur	»	1	1	2	»	»	»	»	1	»	1	6
Bronchite	»	1	1	1	»	»	»	»	1	»	»	4
Apoplexie cérébrale	»	3	1	2	2	1	»	1	»	»	»	10
Cancer	»	1	1	1	»	»	»	»	1	»	»	4
Autres tuberculoses	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Bronchite et pneumonie	»	2	2	»	2	1	»	2	1	»	1	11
Grippe	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	3
Tuberculose pulmonaire	2	3	1	7	2	»	3	2	1	»	»	21
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	3
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 438. Neuvième Année. N° 23 Le Numéro : 10 centimes 4 Juin 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Eaux salées de filtration rendant certaines mines de houille réfractaires à l'infestation par les larves d'ankylostome,

par M. le docteur **A. Manouvriez** (de Valenciennes)
membre correspondant de l'Académie de Médecine

PERRONCITO, aux belles et consciencieuses études de qui l'on doit toujours se reporter en matière d'ankylostomiase, avait, dès 1880 (1), établi, par des expériences, l'action toxique du chlorure de sodium sur les larves d'ankylostome.

« Les solutions concentrées... tuent les larves encapsulées,... en un laps de temps qui est en rapport avec le degré centésimal de la substance saline... Si elles sont depuis peu de temps encapsulées, ou non mûres, elles meurent... rapidement dans des solutions à 9 et 10 p. 100 ;... mûres, avec capsule non encore calcifiée, elles meurent dans les solutions à 12 p. 100 en cinq ou six minutes ; si elles sont mûres à capsule calcifiée, je les ai vu résister jusqu'à vingt-quatre et vingt-cinq minutes dans des solutions à 15 et à 16 p. 100 (1). »

Aussi ne parut-il pas, avec raison, admettre la nature ankylostomiasique de la maladie des mineurs des Salines de Ronaszék (Szigeth) en Hongrie, observée par MATEGKA, et citée dans un rapport de SHILLINGER, pour 1855-1858 (2), que reproduit l'ouvrage du savant professeur de Turin de 1881.

« Le médecin des Salines MASSIMILIANO MATEGKA à Ronaszék (Szigeth), expose dans son rapport que chez les mineurs de sel se manifeste assez souvent la jaunisse spéciale des mines, et que celle-ci doit être attribuée au séjour dans un air souterrain diversement constitué. C'est dommage que les symptômes de cette maladie, dont la dénomination révèle une analogie

(1) PERRONCITO (E.) Osservazioni elmintologiche relative alla malattia sviluppatasi endemicà negli operai del Gottardo. *Reale Accademia dei Lincei*, anno CCLXXVI, série 3° ; *Memorie della classe de scienze fisiche, matematice e naturali*, vol. VII, Seduta del maggio 1880, Roma.

(1) PERRONCITO (E.) L'anemia dei contadini, fornaciai e minatori in rapporto coll'attuale epidemia negli operai del Gottardo. Studi ed osservazioni, profilassi e cura. *Annali della Reale Accademia d'Agricoltura di Torino*, vol. XXIII, Adunanza del 29 dicembre 1880. Estratto, Camilla e Bertolero, Torino, 1881, p. 152.

(2) SCHILLINGER (F.-Z.). Relazione sulla cachessia montana, ossia consunzione, o tisi, nei lavoratori delle miniere. Estratto della *Relazione principale sanitaria sulle Miniere Austrq-Ungariche*, per gli anni amministrativi 1855-56-57 e 58. In Perroncito, *loc. cit.* (note 2), p. 127-141.

avec la phtisie (tisi, consunzione, ou cachessia montana) (1) des mineurs (de SCHEMNITZ), n'y soient pas plus minutieusement décrits (2). »

Durant son voyage scientifique de 1885 en Galicie, M. BLANCHARD apprit que l'anémie n'avait jamais été observée dans les mines de sel gemme de Wieliczka, près Cracovie ; cette immunité tenait, selon lui, à la salure des eaux du fond, qui, à peu près concentrées, constituaient un milieu dans lequel les larves ne pouvaient se développer (3).

La pratique confirmait ainsi les expériences de PERRONCITO (4).

Contrôlant, en 1901, les données fournies par PERRONCITO, LAMBINET (5) constata bien l'immobilisation des larves encapsulées, après un séjour de vingt-quatre heures dans l'eau salée à 15 p. 100 ; mais les mouvements reparaissaient si l'on remplaçait le liquide par de l'eau pure. Le degré de la solution dut être porté à 30 p. 100, pour que, après le même temps, la larve se retractât aux deux tiers de sa longueur, et que, par rehydratation, elle ne bougeât plus, tout en s'allongeant. Une telle résistance peut sembler quelque peu exagérée.

L'an dernier, au cours de recherches sur l'influence de quelques agents physico-chimiques sur les œufs et les larves du nématode, BRUNS a précisé la dose toxique du chlorure de sodium : seulement 4 p. 100 pour les œufs et 3 p. 100 pour les jeunes larves (6).

Presque en même temps que lui, BOYCOTT et HALDANE instituèrent, à diverses reprises, des expériences comparatives sur des larves encapsulées âgées de six semaines et des larves nouvellement écloses ; or, ces dernières, immergées dans une couche d'environ 1 centimètre d'une solution de chlorure de sodium à 1,8 p. 100, périrent très rapidement, tandis que les

(1) Dans les citations entre guillemets, le texte entre parenthèse est nous.

(2) SCHILLINGER. *loc cit.*, p. 134.

(3) BLANCHARD (R.). L'anémie des mineurs en Hongrie. *Comptes-rendus de la Société de Biologie*, Paris, 28 novembre 1885, p. 713.

(4) PERRONCITO (E.). L'anemia dei minatori in Ungheria. Osservazioni alla nota del prof. R. Blanchard. *Giornale della Reale Accademia di medicina di Torino*, 1885, 3 s. XXXIII, 816-832.

(5) LAMBINET (J.). Recherches sur la résistance des œufs et des larves d'ankylostome aux agents physico-chimiques. *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, séance du 25 mai 1901, Bruxelles, 4 s., XIV, p. 223-226.

(6) BRUNS)H.). Versuche über die Einwirkung einiger physikalischer und chemischer Agentien auf die Eier und Larven des Ankylostoma duodenale, nebst Bemerkungen über die Bekämpfung der Krankheit in Ruhrkohlengebiet. *Klinisches Jahrbüch.*, 12, Bd. Iéna, 1904. Audruck, Fischer, Iéna, 1904, 80 p.

larves encapsulées y vivaient encore au bout de trente-six heures (1). Depuis lors, BOYCOTT a plusieurs fois obtenu des résultats confirmatifs (2).

Il demeure donc établi qu'une solution de chlorure de sodium à moins de 2 p. 100, paraissant d'ailleurs inoffensive pour les œufs et les larves encapsulées, suffit pour tuer les larves, quand elles viennent d'éclore.

A l'occasion de l'irrégularité, apparemment inconséquente, des résultats obtenus, à ce sujet, par les divers expérimentateurs, on pourrait être tenté de se rappeler que, si l'observation passe, à bon droit, pour difficile, l'expérimentation est parfois susceptible de devenir trompeuse ; en y regardant de près, on s'apercevra qu'en la circonstance, c'est seulement l'interprétation des expériences qui a dû être fautive.

Les recherches de BOYCOTT et HALDANE (3) avaient été entreprises pour expliquer la curieuse immunité d'une mine métallifère de Cornwall, à l'égard de l'ankylostome, qui semblait due à des infiltrations marines. Suivent quelques extraits de ces intéressantes études.

« *Mine du levant (près) Saint-Just, Cornwall* ; étain, cuivre et arsenic.

« Les travaux actuels sont, sur une grande étendue, sous la mer ; vu la grande imperfection de la ventilation, la température, très haute, s'élève de 76° F. (24°4 C.) au fond du puits descendant — environ 270 brasses (483m77) — à 90-93° F. (32°2-33°9 C.) dans les grandes aires des ouvrages plus profonds, 300-320 brasses (548m2-585m2). Les plans, les échelles, etc., sont humides et boueux, et la contamination fécale est extrême. Un nombre considérable d'hommes sont revenus y travailler, dans ces dernières années, de retour de districts du dehors infectés ; et je savais que quelques ouvriers de Camborne (district infesté), qui étaient connus pour héberger le ver, avaient été employés au fond. Aussi visitai-je la mine, m'attendant à y trouver l'ankylostomiase régnante.

Ce n'était pourtant pas le cas. On ne pouvait y recueillir aucune observation de quelque indisposition suggestive chez les ouvriers : en fait, la mine avait dans le pays la réputation d'être plus saine pour les travailleurs que les autres du voisinage. »

(1) BOYCOTT (A. E.) et HALDANE (J. S.). Ankylostomiasis, n° II. *Journal of hygiène*, vol. IV, n° 1, Cmabridge, January, 1904, p. 85 et 86.

(2) BOYCOTT (A. E.). FURTHER observations on the diagnosis of ankylostoma infection, with special reference to the examination of the blood. *Journal of hygiene*, vol. IV, n° 4, Camdbridge, october 1904. p. 430.

(3) *Ibid.*, p. 447-450.

Dans les travaux du fond, on préleva 25 échantillons de fèces, qui montrèrent la présence de nombreux parasites intestinaux : trichocéphale, ascaris et oxyure, mais pas trace d'ankylostome :

Fèces prélevées au fond de la mine : 25 échantillons.	Trichocéphale	24
	Ascaris	3
	Oxyure	1
	Ankylostome	0(1)

Des prélèvements de fèces furent aussi faits par le Dr C. S. Iago, chez 4 sujets, que leur degré le plus haut d'éosinophilie désignait plus particulièrement, parmi les 41 dont le sang avait été examiné, sur les 478 ouvriers de la mine ; on n'y trouva pas trace d'ankylostome. Voici les résultats :

Fèces recueillies chez des mineurs : 4 échantillons.	I.	Trichocéphale +	Ankylostome 0.
	II.	Trichocéphale et Oxyure +	
	III, IV.	Trichocéphale et Ascaris +	

« Il en ressortait donc l'absence complète d'ankylostome, dans une mine qui paraissait être dans les conditions les plus favorables à son apport et à sa dissémination. Des recherches ultérieures firent découvrir que la raison de cette préservation résidait dans la nature de l'eau qui pénètre dans la mine. Une partie de celle-ci, provenant de la terre, est une eau de source ordinaire ; mais la plus grande part dérive de la mer, par filtration à travers la voûte, dans les niveaux supérieurs.

« Plusieurs échantillons d'eau de différents points ont été analysés au point de vue de leur teneur en sel marin. Les résultats furent les suivants :

« Niveaux	« NaCl p. 100.
« A. 210 brasses (384m04) filtrant de 190 brasses (347m47)	2,42
« B. — plus à l'ouest, eau stagnante	2,44
« C. 230 brasses (420m62) du côté nord	2,72
« D. — du côté sud	2,28
« E. — du côté est, vers l'intérieur des terres	0,94
« F. 278 brasses (508m40) prise dans le puisard	1,8
« G. De la pompe, au niveau de la galerie d'entrée, tout près de la surface	3,01 (2)

« Les échantillons A et B présentèrent de faibles traces de cuivre, et C et F des traces plutôt fortes. Pas d'arsenic dans aucun d'eux... De telles traces de cuivre... semblent inoffensives pour les larves.

(1) « Comparée même à ce qui se passe sous les tropiques, une telle prédominance du trichocéphale et de l'ascaris n'en reste pas moins remarquable. Il est évident que les épaisses enveloppes de ces vers sont extrêmement protectrices, puisque ceux-ci prospèrent dans la mine du Levant, où l'eau est suffisamment salée pour y empêcher l'introduction de l'ankylostome » (*Ibid.*, p. 479).

(2) L'eau de la mer de l'Atlantique contient 3 p. 100 de Na Cl.

« Par comparaison, le sel marin a été dosé dans des échantillons de quelques mines de l'intérieur des terres (mines métallifères similaires infestées). Les résultats furent :

« East Pool.	200 brasses (365m75)	0,009
« —	Galerie d'entrée	0,018
« South Crofty.	Machine de l'Est	0,023
« —	— de l'Ouest	0,013
« Dolcoat.	375 brasses (685m79), Harret	0,090
« Siverdale.	Fosse n° 6	0,006
« —	— n° 14	0,004

« Nous avons antérieurement prouvé qu'une dose de sel marin inférieure à 2 p. 100 suffit pour tuer (très rapidement) les larves d'ankylostome, spécialement peu après leur écloison (mais non quand elles sont mûres, encapsulées) (1)... Il en résulterait donc que cette mine (du Levant) a échappé à la maladie par cette heureuse circonstance qu'on a laissé anciennement la voûte plutôt plus mince qu'il n'est tout à fait désirable. »

Jusqu'à présent, les seules mines considérées comme susceptibles d'être rendues réfractaires à l'ankylostome par leurs eaux salées du fond étaient donc, d'une part, des salines, et, d'autre part, des mines métallifères riveraines de la mer, où s'infiltre l'eau provenant de la mer sous laquelle s'étend leur exploitation. Encore, même est-on généralement d'avis, dans les milieux les mieux informés, qu'il ne semble pas y avoir de mines réfractaires à l'ankylostome. Il est vrai que, depuis les observations de M. Blanchard, datant de vingt ans, sur l'immunité des mines métallifères de Kremnitz (Hongrie), par leurs eaux acides, et des salines de Wielicka (Galicie), il n'avait plus été rien signalé d'analogue. Et les récentes remarques de Boycott et Haldane sur la mine du Levant, totalement inconnues chez nous, ne paraissent pas avoir encore acquis, même en Angleterre, toute la notoriété qu'elles mériteraient.

Nous espérons démontrer que cette cause d'immunité par les eaux salées peut aussi se trouver réalisée dans certaines mines de houille, situées dans l'intérieur des terres, mais dont les eaux de filtration proviennent de vastes poches souterraines, vestiges de *lacs salés* ou *mers mortes*, reliquats des anciennes mers ou lagunes, des époques géologiques, qui sur quelques points s'étendent au-dessus du terrain carbonifère. C'est, du moins, ce qui s'observe dans le bassin houiller du Nord, notamment entre Anzin et Denain.

(1) L'expérience fut faite aussi avec l'eau même de la mine (Boycott et Haldane, *loc. cit.*, p. 108).

En 1878, nous avons signalé ces eaux des mines comme contribuant par leur salure à la pollution des cours d'eaux où elles se déversaient en grande abondance (1).

L'attention avait déjà été appelée sur elles, dès 1840, à l'occasion d'une plainte déposée au Conseil d'Arrondissement de Valenciennes, parce qu'elles faisaient périr les poissons d'un étang et nuisaient aux arbres d'une propriété à Raismes, par où elles coulaient. L'eau incriminée de la fosse Tinchon (Cie d'Anzin), à Saint-Vast (Valenciennes), fut analysée par E. Pesier, chimiste-expert (2).

Recueillie à la sortie de la pompe d'épuisement, elle tenait en suspension une matière noirâtre, qui en troublait la transparence ; cette matière contenait du carbonate de chaux, du fer et du charbon. Reposée ou filtrée, elle était limpide, transparente, très légèrement colorée ; mise en mouvement, elle dégageait une odeur un peu désagréable, comme marécageuse. Sa saveur était franchement salée. Si on l'exposait quelque temps à l'air, elle se recouvrait de petits cristaux en partie dûs au carbonate de chaux. Sa densité était de 1,0122. Chauffée, elle dégageait un peu de gaz, et se troublait à l'ébullition. Elle était sans action sur les papiers colorés. Résultats de l'analyse :

Chlorure de magnésium	0,335	Matières fixes : 16,778
— de sodium	14,675	
Sulfate de soude anhydre	0,128	
— de magnésie	0,738	
— de chaux	0,449	
Carbonate de chaux	0,414	
— de magnésie	0 033	
— de fer	Quantité indéterminée	
Eau		983,212
Des traces d'iode combinée probablement au magnésium.		
		1,000,000

Une nouvelle analyse permit d'apprécier, après dix années d'intervalle, les modifications en richesse saline que des changements dans les travaux d'exploitation avaient pu occasionner. L'eau puisée le 26 octobre 1850, renfermait 2 p. 100 de sel marin, au lieu de 1,5 p. 100 en 1840 ; en outre, des méthodes analytiques plus parfaites y firent reconnaître la présence du brôme et de la potasse.

On savait que cette eau sort d'une couche de sables grisâtres, à grains opaques, et d'argile plastique provenant de la décomposition des schistes houillers ; cette couche, communément désignée sous le nom de « Torrent », contient de grandes quantités de pyrite. Elle paraît appartenir au Trias.

La Cie d'Anzin, qui, dès le début, avait été arrêtée dans le développement de ses exploitations, vers l'Ouest, à Saint-Vaast, par cette importante nappe d'eau, offrant des difficultés d'épuisement inouïes, résolut, en 1819, de surmonter, à tout prix, cet obstacle. Pendant trois ans on en prépara le drainage par une longue galerie aboutissant à l'Escaut, et, à partir de 1822, on attaqua résolument l'épuisement, par huit fosses munies de machines opérant presque en même temps que la galerie.

En 1826, le Torrent fut franchi, quoique non épuisé, à Saint-Vaast, et un sondage en constatait l'absence à Denain.

On le trouvait, en 1876, (1) entre Saint-Vaast et Denain, reposant sur le terrain houiller, au dessus du tourtia, dans une étendue de 8 sur 4 kilomètres ; son épaisseur moyenne était de 7 à 8 mètres. Bien qu'il fût séparé de la couche des eaux potables par les dièves, on ignorait s'il n'en était pas alimenté, car, après quarante-sept ans d'épuisement, pendant lesquels on avait enlevé 343 millions d'hectolitres, le niveau de l'eau salée, qui avait baissé de 54 mètres, s'était relevé de 10 mètres depuis sept ans, date de la suspension de l'épuisement.

L'état général de la question en 1886 est exposé dans l'étude, si complète de M. Olry, ingénieur en chef des mines (2).

« *Torrent d'Anzin.* — On rencontre parfois, au dessus du terrain houiller, un. . dépôt... formé de sables et de graviers à gros grains de quartz, mélangés d'argiles de diverses nuances, renfermant des paillettes de mica, et remarquable par l'absence complète de glauconie. Ce terrain renferme des débris de bois, transformés en lignite et parfois incrustés de marcassite, des cônes de pins et de sapins et de nombreux fossiles végétaux... Il est extrêmement aquifère, mouvant sous l'eau...

« Dans le département du Nord, ce terrain existe entre Anzin et Denain, (où) il est connu sous le

(1) Manouvriez (A.), de Valenciennes. Altération des cours d'eau par les eaux salées d'épuisement des mines de houille. *Comptes-rendus du Congrès international d'Hygiène de Paris*, séance du 3 août 1878 p. 427 et 428.

(2) Pesier (E.). Notes sur les eaux salées des houillères d'Anzin. *Société d'Agriculture, Sciences et Arts de Valenciennes*, séance du 13 décembre 1850 ; *Revue agricole, industrielle et littéraire du Nord*, t. II, p. 191.

(1) Castiau (Alphée). *Visite du Congrès de l'Industrie minérale à la Compagnie des Mines d'Anzin* en 1876, Autographie Dutilleux, Douai, 15 mai 1876; p. 2. et 3.

(2) Olry. *Etude des gîtes minéraux de la France. Bassin houiller de Valenciennes*, 1886, p. 46.

nom de *Torrent d'Anzin*. Son affleurement sous le tourtia est délimité par une courbe ovale passant à peu de distance des clochers de Saint-Vaast, Aubry, Oisy, Haulchin et Prouvy. Il a été rencontré aux fosses Dutemple, Réussite. Sentinelle, Bon-Air, Joseph-Perier, Ernestine, etc., de la Cie d'Anzin.. Son étendue superficielle est d'environ 2.450 hectares.

« Il y a un assez grand nombre d'années (en 1819), la Compagnie s'était proposé d'épuiser les eaux du Torrent à l'aide de machines (et du drainage).. Trois fosses furent spécialement affectées à ce travail (en 1822) : Bon-Air, Vedette et Chabaud-Latour (2). En outre, les fosses d'Hérin, Ernestine, Joseph Perier, l'Enclos, Lomprez et Dutemple contribuèrent à cet asséchement... Pendant une vingtaine d'années, de 1847 à 1867, on a ainsi tiré annuellement environ 800.000 mètres cubes d'eau ; depuis 1867, cette quantité n'a été que de 300.000 mètres cubes, parce que les fosses Bon-Air, Vedette et Chabaud-Latour ont été mises en chômage. et que l'épuisement ne s'est continué que d'une manière indirecte par les fosses encore en exploitation.

« En 1867, la zone occupée par les eaux était réduite à une superficie de 1.850 hectares ; son étendue actuelle (1886) n'est plus que de 1.300 hectares, et le lac souterrain est compris tout entier entre les fosses d'Hérin et Ernestine, qui lui sont extérieures.

« L'épaisseur du torrent est, en moyenne, de 8 à 9 mètres. Le point où il présente la plus grande puissance (16 mètres d'épaisseur) est situé à peu de distance au sud-est du clocher de Wabrechain (la limite supérieure de la poche s'y trouve à une profondeur d'environ 63 mètres). On peut évaluer la quantité d'eau que ce terrain renferme à environ 40 p. 100 de son volume ».

Cette eau est saline ; M. Carnot en ayant analysé deux échantillons, recueillis à la fosse Joseph-Périer, aux profondeurs de 69 et 75 mètres, leur a attribué la « composition hypothétique » (?) suivante :

SELS ET MATIÈRES CONTENUES DANS L'EAU	POIDS PAR L'EAU	
—	N° 1	N° 2
Sulfate de protoxyde de fer, FeO, SO^3	0g6067	Traces
— de peroxyde de fer, Fe^2O^3, $3SO^3$	1.1410	—
— d'alumine	Traces	—
— de chaux	1.4960	1g7952
— de magnésie	0.9081	0 9945
— de soude	1.7725	1.6408
Chlorure de sodium	6.9686	6.8810
— de potassium	0.1006	0 0978
Matières organiques	0 0020	Traces
Silice	0 0700	0 0650
	13g0655	11g4801

(2) Sans oublier la fosse Tinchon, à Saint-Vaast, citée plus haut.

Le total des chlorures n'était donc ici que de 0 gr.7 à 0gr. 68 p. 100, très probablement à cause du mélange des eaux salées avec les eaux douces supérieures.

Le « caractère essentiel (du torrent) est de constituer un lac souterrain qui n'est pas, ou presque pas alimenté, et qui pourra être asséché à la longue. Il est (relativement) garanti contre les infiltrations superficielles par les dièves, qui se trouvent au dessus de lui. Les eaux salées qu'il contient, et qui proviennent peut-être de certaines fissures du terrain houiller (?), sont un vestige de l'ancienne mer (ou lagune), et il paraît résulter de leurs analyses qu'après l'époque houillère, la mer avait une composition analogue à celle qu'elle a aujourd'hui. Les différences constatées proviennent soit de l'action prolongée des eaux fossiles sur les terrains qu'elles ont imbibés, soit (plutôt) de leur mélange avec des eaux douces superficielles, par suite de l'existence de fissures dans les couches compactes supérieures.

« *Eaux salées du terrain houiller* (1). — De temps à autre, la mer est venue envahir la région où se déposait la houille (2). On rencontre fréquemment des eaux salées dans le terrain houiller. M. R. Laloy en a analysé un grand nombre qui lui ont donné seulement de 3 à 5 grammes de chlore par litre ».

Même remarque pour l'eau analysée par M. Carnot.

Comme terme de comparaison, l'eau venant du toit de la Veine-à-Filons (niveau de 297 mètres), à la fosse Bonnepart, en dehors de la zone du Torrent, et où d'ailleurs régnait l'anémie, était d'une richesse saline beaucoup moindre, bien qu'encore dix fois supérieure à celle des eaux ordinaires. C'était, en effet, d'après l'analyse faite sur notre demande par E. Pesier (10 septembre 1874), une eau minérale alcalino-saline, presque exclusivement sodique, renfermant 3 gr. 43 de principes fixes, dont 3 gr. 383 de sels de soude : chlorure, 1 gr. 596 ; sulfate, 1 gr. 351 et carbonate, 0 gr. 436, à l'état de bicarbonate :

	Par litre.
Chlorure de sodium	1g596
Sulfate de soude	1,351
Carbonate de soude	0,436
Carbonate de chaux et magnésie. Traces de potasse et de matières organiques	0,047
	3g430

Soit : 0 gr. 16 p. 100 de chlorure de sodium (3).

(1) *Ibid.* p. 61.

(2) En ce qui concerne le Torrent, nous croyons que l'envahissement de la mer a eu lieu longtemps après la formation du terrain houiller, et avec une grande violence, puisque les couches de ce terrain étaient déjà plissées, ou superposées, que leurs plis sont souvent décapités et nivelés, et que leurs débris sont parfois entraînés pêle-mêle au loin.

(3) Manouvriez (A.), *De l'anémie des mineurs, dite d'Anzin*, 1878, p. 150.

En somme, dans les eaux salées du terrain houiller, la dose de chlorure peut, de 2 p. 100, descendre parfois à 0,7 p. 100, et même en dehors de la zone du Torrent, à 0,16 p. 100 seulement, par suite de mélange avec des eaux douces.

On avait longtemps cru que le Torrent était cantonné entre Anzin et Denain, bien qu'il eût déjà été remarqué, en 1850, qu'aux mines de Vicoigne (Raismes), de l'eau salée exsudait du terrain houiller (1).

Il est maintenant reconnu que cette couche aquifère existe aussi dans cette concession à la fosse Lebret, ou n° 4, au niveau de 208 mètres, au-dessus d'un petit bassin isolé, formé par les veines Nord, Grande-Veine et Saint-Louis, et non encore exploité jusqu'alors. On y a même préparé un albraque, en vue de recueillir ces eaux (250 mètres cubes par vingt-quatre heures) et les faire descendre à l'étage de 326 mètres, où après les avoir utilisées sous pression, elles seront élevées au jour, par une pompe électrique puissante. Notons tout de suite, comme fait important, que cette eau salée, se rendant directement au puisard de la pompe, ne se répand pas dans les galeries, ni dans les tailles en exploitation (2).

Il paraît même — particularité encore inédite — que le bras du Torrent, venant de Saint-Vaast à Vicoigne s'étendrait jusqu'à l'extrême limite du territoire de Raismes, dans quelques travaux Ouest de la fosse C, près d'Escautpont. L'importance de ce détail ressortira par la suite.

Le Torrent de Vicoigne-Raismes est-il réellement un prolongement de celui d'Anzin ; ou plutôt ne constituerait-il pas une poche séparée ? Il ne nous appartient pas d'en décider. Qu'il nous suffise de constater l'existence de cette couche à Raismes-Vicoigne.

En dehors des concessions d'Anzin et de Vicoigne, il n'y a pas d'eaux salées de filtration dans aucune autre mine du bassin houiller de Valenciennes.

Dès que les expériences de Perroncito furent parvenues à notre connaissance, en fin 1881, nous avions bien pensé à l'influence que l'eau du Torrent pouvait avoir sur le développement et, par suite, sur la distribution de l'anémie ankylostomiasique aux mines d'Anzin ; et la lacune laissée, sur le plan, par les fosses indemmes, entre Anzin et Denain, paraissait, de prime abord, correspondre à la zone du Torrent. Mais le degré de salure de ses eaux semblait alors insuffisant.

(3) Pesier (E.). *Loc. cit.*

(2) Kuss (H.). Rapport de l'ingénieur en chef des mines, sur *La situation de l'industrie minérale dans le département du Nord*, 1er juillet 1904.

En apprenant, par les travaux de Boycott et Haldane, qu'une eau salée à moins de 2 p. 100 suffisait pour tuer les jeunes larves d'ankylostome à leur sortie de l'œuf, nous nous sommes promis de chercher à déterminer, le plus exactement possible, dès que l'Enquête serait terminée dans notre bassin houiller, quelle part d'influence devrait y être attribuée à ce facteur, dans la préservation du milieu souterrain, par rapport à l'ankylostome. C'est ce que nous allons nous efforcer de faire.

Pour dégager cette inconnue, nous avons, comme données, la connaissance aussi exacte, que possible, aux diverses époques, d'une part, des fosses abreuvées par les eaux salées du Torrent, et d'autre part des fosses infestées, soit que l'anémie y ait été observée chez les mineurs, jusqu'en 1881, soit que, depuis cette époque, leurs ouvriers aient été reconnus porteurs du ver.

Dans cette revision, l'on ne peut séparer de la Compagnie d'Anzin les autres mines du bassin houiller de Valenciennes, en particulier celles de la Compagnie de Vicoigne-Nœux, à Vicoigne (Raismes), en raison du bras du Torrent qui y passe.

Compagnie d'Anzin. — Cette compagnie, on se le rappelle, avait, dès le début, été arrêtée dans le développement de ses exploitations, vers l'ouest, à Saint-Vaast (Valenciennes), par l'importante nappe d'eau du Torrent, dont elle entreprit le drainage par une galerie, dès 1819, et l'épuisement intensif par des pompes à partir de 1822. En 1826, le Torrent était franchi, quoique non épuisé, à Saint-Vaast, et l'on constatait son absence à Denain, par un sondage. Il s'étendait alors, entre Anzin et Denain, sur une superficie d'environ 2.450 hectares, délimitée par une courbe ovale passant près des clochers de Saint-Vaast, Aubry, Oisy, Haulchin et Prouvy, avec maximum d'épaisseur à peu de distance au sud est du clocher de Wavrechain.

On l'avait rencontré notamment aux fosses *Dutemple* et *Réussite* (Saint-Vaast), *Sentinelle* et *Bon-Air* (La Sentinelle), *Joseph-Périer* (1) et *Ernestine* (Denain). Les fosses *Vedette* (La Sentinelle) et *Chabaud-Latour* (Denain) furent, avec Bon-Air, spécialement affectées, jusqu'en 1867 (2), à l'épuisement de ses eaux, auquel

(1) Où ont été prélevés les deux échantillons d'eau analysés par M. Carnot.

(2) Date de leur mise en chômage.

contribuèrent aussi les fosses *Tinchon* (Saint-Vaast) (1), d'*Hérin* (Hérin), l'*Enclos* et *Lomprez* (Denain), comme d'ailleurs Dutemple, Ernestine et Joseph-Périer même après 1867, indirectement, tant que chacune d'elles fut encore en exploitation.

En 1867, la zone occupée par le Torrent se réduisait à 1.850 hectares; son étendue n'était plus que de 1,300 hectares en 1886, et le lac souterrain restait tout entier compris entre les fosses d'Hérin et Ernestine, qui lui étaient alors devenues extérieures.

Or, dans aucune de ces douze Fosses, sous la zone du Torrent, il n'a jamais été observé de cas d'anémie des mineurs; et pour trois d'entre elles encore exploitées : Dutemple, l'Enclos et F. d'Hérin, la récente enquête sur l'ankylostomiase n'y a pas découvert d'ouvriers porteurs du ver (2). Elles se trouvaient pourtant voisines de fosses infectées ; tel était particulièrement le cas pour Tinchon communiquant même avec la Grosse-Fosse qui fut toujours si fortement éprouvée. Il n'est pas admissible que l'apport des œufs du ver n'y ait pas été souvent effectué.

A la fosse C., sise aux confins du territoire de Raismes, près d'Escautpont, dans quelques travaux ouest de laquelle filtreraient des eaux salées, déversées par l'extrémité d'un prolongement du Torrent, on a trouvé, sur 178 examinés, un mineur hébergeant quelques ankylostomes; mais il n'y travaillait que depuis un an, et venait des mines de Fresnes-Midi, les plus fortement infectées de notre bassin, où il paraît avoir subis l'infestation (3).

Comme contre-partie, les fosses infectées à la Cie d'Anzin, depuis 1803 jusqu'à nos jours, sont :

I. — Fosses où a été observée l'anémie ankylostomiasique des mineurs.

FRESNES.	
1° Fosse du *Vivier* :	
a) Grande Veine, Chasse du Couchant; eaux sulfureuses (H.S.).	Grave épidémie d'anémie (1803-1804).
b) Petite-Veine et V. de la Toussaint.	Cas d'anémie (entre 1804 et 1810).
2° F. des *Rameaux* :	
a).	Cas d'anémie (1810).
b) Grande veine, Chasse du Levant, au-dessous de la Chasse du Couchant du Vivier	Epidémie d'anémie (1820).
3° F. *Bonnepart* :	
Grande Veine . . . . et Veine à filons, eau alcalino-saline presque exclusivement sodique (N a Cl 0,16 p. 100).	Endémécité de l'anémie, au moins depuis 1856 jusqu'à la fermeture : 188?. (Constatation de sa nature ankylostomiasique en 1882).
VIEUX-CONDÉ.	
1° F. *Saint-Jean*	Cas d'anémie (entre 1805 et 1810).
2° F. *d'Outrewez*	Cas isolé d'anémie (18?5).
SAINT-VAAST (VALENCIENNES).	
1° *Grosse-Fosse* :	
a).	Cas d'anémie (après 1804).
b).	Assez grave épidémie, depuis 1811, jusqu'à la fermeture, (1830).
2° F. *Saint-Pierre* : Grande-Veine, en fonçage	Nombreux cas d'anémie (de 1837 à 1845).
VALENCIENNES (Ecorchoir).	
F. du *Chaufour*.	Cas d'anémie (de 1809 à 1820).
ABSCON.	
F. la *Pensée*.	Nombreux cas d'anémie grave de 1825 à 1859).
DENAIN.	
F. *Villars*.	Cas fréquents d'anémie (vers 1844).
THIERS (BRUAY).	
Fosse B.	Cas sporadiques d'anémie (1879-1880). (Constatation de leur nature ankylostomiasique, en 1882).

Fait remarquable : ces 11 fosses à anémie ankylostomiasique se trouvaient toutes en dehors de la zone du Torrent.

II. — Fosse où des ouvriers sont porteurs d'ankylostomes (1)

		Examinés.	Porteurs du ver	
ANZIN	*Fosse A.*	177	18	
THIERS (BRUAY)	*Fosse B.*	121	3	Cette fosse a déjà été portée dans le précédent tableau, pour des cas sporadiriques d'anémie ankylostomiasique datant de 1879-1880.
RAISMES . . .	*Fosse C.*	178	1	Paraît avoir été infesté aux mines de Fresnes-Midi.
ABSCON. . . .	*Fosse D.*	80	1	Avait été infesté aux mines d'Aniche.

Dans quelques travaux périphériques ouest d'une seule d'entre elles, la fosse C, filtraient des eaux salées provenant de la terminaison d'un bras du Torrent ;

(1) Où ont été recueillis les deux échantillons d'eau analysés par M. PESIER, en 1840 et en 1850.

(2) Le ver n'existait pas chez un mineur de la fosse l'Enclos, examiné en 1904, au cours d'une enquête que nous poursuivions sur l'ankylostomiase chez les mineurs et briquetiers se trouvant à la Maison d'Arrêt de Valenciennes, et pour laquelle M. LAMBERT, chef du Laboratoire de Bactériologie de la Cie d'Anzin, a bien voulu nous prêter son précieux concours.

Les fosses l'Enclos et d'Hérin, il est vrai, sont grisouteuses, et par suite peu favorables au développement des larves d'ankylostome.

(3) Observations publiées dans notre ouvrage de 1878 et notre communication de 1904 à l'Académie et autres observations inédites.

(1) Enquête officielle sur l'ankylostomiase dans le bassin houiller du Nord et du Pas-de-Calais.

mais l'unique mineur qui, sur 178 examinés, y ait été trouvé porteur d'un petit nombre d'ankylostomes, ne travaillait à cette fosse que depuis un an, et venait des Mines de Fresnes-Midi voisines, les plus fortement atteintes de notre Bassin, où il paraît avoir subi l'infestation.

Les 3 autres fosses, très éloignées du Torrent, étaient exemptes d'eau salée (1).

Pour résumer, en ne tenant pas pour réellement infestées les deux fosses C et D, dans chacune desquelles il a été constaté un cas d'infestation d'origine extérieure, et si l'on considère que la Fosse B a déjà figuré dans le précédent tableau des fosses à anémie, il reste à la Compagnie d'Anzin *12 fosses infestées* à diverses époques depuis 1803 jusqu'à nos jours, *dans aucune desquelles ne filtra jamais d'eau salée du Torrent*. Il est intéressant de pouvoir les opposer, dans la même Compagnie, aux *12 fosses* précitées *soumises à l'influence du torrent* et qui, elles, *ne furent jamais infestées*, malgré leur voisinage et l'échange incessant de leurs ouvriers avec les précédentes.

Compagnie de Vicoigne — Sans revenir sur ce qui a été précédemment exposé, concernant le Torrent aux Mines de Vicoigne, rappelons seulement qu'il y existe à la Fosse n° 4, au niveau de 208 mètres, sur un point limité, au dessus d'un petit bassin isolé, qui n'a pas encore été exploité précisément par crainte d'inondation ; mais, on l'a vu, ses eaux salées, se rendant directement au puisard de la pompe, ne se répandent pas dans les galeries, ni dans les tailles d'abattage.

Lors de nos premières recherches sur l'Anémie des mineurs, en 1874-1876, nous avons reconnu que cette maladie n'avait jamais observée aux mines de Vicoigne, pas plus dans la Concession même de Vicoigne, que dans les anciennes exploitations de Château-l'Abbaye (Fosse de Pont-Péry) (2).

A la fin de l'année dernière, l'Enquête officielle a montré six porteurs d'ankylostomes sur 100 mineurs examinés. Mais il faut certainement en éliminer deux Belges, récemment venus de la mine de Glain, prés Mons, si connue pour son extrême infestation (1) ; l'un d'eux, âgé de vingt-cinq ans, était atteint d'anémie grave.

Trois autres, anciens ouvriers de diverses mines françaises, étaient à Vicoigne depuis un laps de temps variant de deux à dix ans. Un seul y travaillait depuis vingt ans. La proportion des infestés ne peut donc, en réalité, être estimée à plus de 4 p. 100 ; et il est probable qu'elle doive être inférieure à ce chiffre. L'insuffisance des renseignements ne permet pas de préciser davantage. Au surplus, la limitation du Torrent en dehors des travaux d'exploitation actuels n'autorise pas à lui attribuer ici une part d'influence appréciable.

En ce qui concerne les *autres mines du Bassin houiller de Valenciennes*, dont les concessions groupées autour de la Cie d'Anzin, contiguës et parfois enchevêtrées, sont exploitées par diverses sociétés : *Cie de Fresnes-Midi et Thivencelles* (à Fresnes, Saint-Aybert et Thivencelles), *Cie de Crespin-Nord* (à Quiévrechain), *Cie de Douchy* (à Lourches), et *Cie d'Aniche* (à Aniche et Somain), dans toutes, excepté celles de Douchy, l'anémie des mineurs a sévi, depuis longtemps et continuellement, d'abord sous forme épidémique, puis endémiquement et à l'état sporadique (2) ; et, actuellement, toutes, sans exception, ont, au cours de l'Enquête, été reconnues plus ou moins infestées, et à un degré plus élevé que les mines de la Cie d'Anzin (3). Bornons-nous à constater que le Torrent n'a jamais existé dans aucune d'elles (4).

En résumé : d'une part les houillères abreuvées par les eaux du Torrent n'ont jamais été des mines à anémie, et leurs ouvriers n'hébergent pas d'ankylostomes ; en un mot, elles ne sont pas infestées ; et, d'autre part, cette couche aquifère, si spéciale, ne se rencontre dans aucune des mines infestées, c'est-à-dire où l'on a observé l'anémie, ou dont le personnel du fond est, tout au moins partiellement, porteur du ver.

Puisque la salure de ces eaux (moins de 2 p. 100) est

(1) Dans l'une d'elles — soit dit en passant —, la fosse D, le seul ouvrier qui, d'entre les 80 examinés, hébergeait le ver, l'avait pris aux Mines d'Aniche voisines, assez fortement infestées, d'où il était venu depuis deux mois et demi seulement. De sorte que, en ne tenant pas compte des deux cas extérieurs, sur les dix-neuf fosses de la Compagnie d'Anzin, où descendent 12.200 mineurs, dont environ 20 p. 100 ont été examinés, il paraît y avoir que deux fosses réellement infestées, à raison de 10.2 p. 100 pour la Fosse A et 2,5 p. 100 pour la fosse B, soit ensemble : 6,3 p. 100 de leurs ouvriers. Mais, par rapport à la totalité des ouvriers du fond de la Compagnie, la proportion des infestées ne s'élève pas à beaucoup plus de 1 p. 100, la plus faible de tout notre Bassin houiller de Valenciennes, où dans certaines exploitations elle dépasserait 20 p. 100.

(2) Manouvriez. *De l'anémie des mineurs*, etc., 1878, p. 80 et 144.

(1) Deux Belges, mineurs à Quiévrechain, que nous avons trouvés porteurs d'ankylostomes, à la Maison d'Arrêt de Valenciennes, en 1904, avaient aussi été infestées à Glain.

(2) Manouvriez, *loc. cit.*, p. 78 à 83 et passim.

(3) A la Compagnie de Douchy, la proportion des infestés n'est que d'environ 2 p. 100.

(4) Nous n'avons pas de renseignements sur les petites mines d'Azincourt ; quant à celles de Marly, en préparation, elles sont négligeables.

suffisante pour tuer les larves du parasite, au moment de leur sortie de l'œuf, il est donc légitime de conclure que les eaux salées, provenant de vastes poches souterraines, vestiges des « lacs salés », ou « mers mortes », reliquats des anciennes mers, ou lagunes, époques géologiques (1), qui, sur quelques points, comme dans les concessions d'Anzin, s'étendent au dessus du terrain carbonifère, peuvent rendre les mines de houille réfractaires à l'infestation par les larves d'ankylostome.

Il se pourrait que des faits de cet ordre missent, un jour, sur la voie d'un mode efficace de préservation des mines, non par désinfection proprement dite, exterminant d'emblée les œufs et les larves mûres, complètement encapsulées, ce qui paraît difficilement réalisable en pratique, mais par stérilisation des eaux du fond, en tuant les toutes jeunes larves nouvellement écloses, dont on provoquerait ainsi méthodiquement — qu'on nous passe l'expression — une sorte de « morti-natalité », à laquelle elles sont déjà naturellement si sujettes ; ce mode de préservation du milieu minier, on s'est, peut-être, trop hâté d en considérer la recherche comme illusoire.

La projection de sel dénaturé (2), telle qu'elle se pratique pour la fonte rapide des neiges dans les grandes villes, ne pourrait-elle être appliquée économiquement à la stérilisation du sol humide des mines? Il appartient aux ingénieurs de décider s'il n'y aurait pas lieu de faire des essais en ce sens.

En tout cas, pour les mines poussiéreuses : charbonnages allemands exposés aux explosions par poussière de charbon, et mines métallifères anglaises, dans lesquelles l'inhalation des poussières rocheuses est si redoutée, où, par suite il faut, de toute nécessité, recourir aux pulvérisations d'eau, pourtant très favorables à l'extension de l'ankylostomiase, on peut se demander s'il ne serait pas pratiquement possible d'en atténuer les inconvénients en se servant d'une eau légèrement salée à 2 pour 100.

(1) Très probablement du Trias.

(2) Le sel dénaturé ou rendu impropre à l'alimentation par l'addition de substances spéciales, est degrevé de la taxe ; son bas prix en permettrait emploi.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Comment se soignaient nos pères ; remèdes d'autrefois, par le docteur Cabanès, Paris, *Maloine*, 1905.

En exposant comment se soignaient nos pères, l'auteur, un savant adepte de l'histoire de la médecine et un friand narrateur des histoires de médecine, n'a pas eu le dessein de tourner en dérision leurs méthodes de traitement. De méthode, du reste, nos pères n'en eurent point : l'empirisme seul et le hasard présidèrent aux choix de leurs panacées. Ne cherchez donc point de critique dans le volume consacré aux remèdes d'autrefois. Il n'y en a point. Vous n'y trouverez que des récits intéressants, savoureux même, reliés par un plan assez lâche. C'est tout ce qu'il faut pour retenir l'attention du médecin qui aime à lire sans se fatiguer.

L'extrait suivant justifiera cette opinion :

Nos anciennes pharmacopées estimaient fort les os humains ; elles recommandent l'huile distillée de tartre et d'os humains, et l'esprit volatil d'os humains (Leclerc).

Ce n'est pas aujoud'hui que le phosphate de chaux est d'un usage courant en thérapeutique. Seulement, au début de la médecine, on l'utilisait sous une forme bizarre et même repoussante.

Quand il connut le feu, le sauvage réduisit en cendre les cadavres de ses ancêtres. Ces cendres, pensait-il, avaient des propriétés spéciales, et communiquaient les qualités du mort. Aussi, dans de hideux banquets, mélangaient-ils à leur boisson les cendres de leurs parents.

Non seulement ces remèdes agissaient par suggestion ; mais l'ingestion de phosphate de chaux pouvait également avoir de l'efficacité.

Ce sont là vestiges de vieilles doctrines médicales, que le peuple a conservées et qu'il répète encore, sans chercher à s'en rendre compte (1).

« Il y en a, dit Pierre-André Matthiole, dans ses *Commentaires*, il y en a qui croient que les os des corps morts, réduits en poudre et baillés en breuvage, profitent contre diverses infirmités du corps en appropriant chaque os à son membre. *J'ai vu souvent l'os de test humain servir grandement au haut mal, aux coliques graveleuses et autres douleurs de reins* ».

Le docteur Poskin a raconté comment les soldats d'Afrique, au temps de la conquête de l'Algérie, se gué issaient de la jaunisse. Voici le procédé dans toute sa simplicité :

Ils se procuraient des *os humains* et Dieu sait s'il en manquait, à cette époque de tuerie et d'embuscades.

Après les avoir fait sécher, ils les pulvérisaient en poudre fine et les mélangaient en proportion voulue avec de l'eau-de-vie, dont ils prenaient deux verres par jour. Il paraît que le procédé était infaillible.

Dans d'autres cas, l'os confère ses propriétés sans qu'il soit besoin de l'ingérer. On pend les os de ses ancêtres à la porte de sa cabane ; on porte comme trophée le crâne de son ennemi ; la simple vue suffit pour amener la guérison.

Dans certains pays, l'on est encore persuadé que les taches de naissance s'effacent, quand on les met en contact avec la main d'un mort.

Pour faire disparaître les poireaux, frottez-les avec un brin de paille qui a été en contact avec un cadavre ; mettez alors la paille en terre et priez neuf jours durant pour le

1. Quand un adolescent pisse au lit toutes les nuits, faites-le boire sur des ossements humains, et il se rétablira. (Bas-Poitou).

repos de ce mort ; quand la paille sera entièrement pourrie, les poireaux auront disparu (1).

Un fait rapporté par un chroniqueur, à la date de 1622, nous montre comment les superstitions les plus étranges amenaient parfois d'horribles attentats.

Le 24 janvier de l'année en question, on tenaillait au fer rouge, puis l'on rouait vif un voleur de profession, qui avait avoué le meurtre de quatre personnes. Sa dernière victime avait était une jeune femme enceinte, qu'il avait égorgée dans l'unique but de se procurer le talisman indispensable pour la réussite de ses opérations financières. Les voleurs contemporains de la guerre de Trente Ans étaient persuadés que la possession du bras ou de la main d'un fœtus humain leur garantissait d'une part l'invisibilité, d'autre part la découverte de tous les trésors cachés ; plus encore que le doigt d'un pendu, cueilli sur le coup de minuit; dans les chaines d'un gibet.

Parfois ils se contentaient de tuer un passant, pour lui enlever les « rognons » et faire, avec cette graisse humaine, des chandelles possédant les mêmes propriétés.

Il faut parcourir, dans la longue série des in-folio du *Theatrum Europæum*, l'énumération annuelle des assassinats commis durant la seconde moitié du XVIIe siècle, pour se convaincre de la quantité de victimes qu'a coûté cette incroyable superstition (2).

La superstition populaire a jadis attaché quelque vertu à la corde de pendu ; il suffisait, croyait-on, d'en avoir un brin dans sa poche pour être favorisé du sort, heureux au jeu, etc.

La Chronique de Metz rapporte qu'en 1324, des troupes parisiennes décrochèrent les pendus du gibet et emportèrent les chaînes et crochets, sans doute, dit l'auteur, *pour faire des charmes et sorceries* (3).

La corde de pendu passait non seulement pour procurer d'heureuses chances à celui qui en portait sur lui, mais on s'en servait encore pour combattre plusieurs maladies.

Les Romains, au dire de PLINE (liv. XXVIII, ch. 2, 9 et 12), attribuaient à la corde de pendu certaines vertus médicinales.

Les sorciers l'employaient dans leurs conjurations ou leurs opérations évocatrices.

Le corps même des suppliciés étaient souvent mis par eux à contribution.

Ces hideux débris figuraient comme ingrédients dans une foule d'onguents, de poudres et de breuvages magiques.

« Pour ajouter à l'efficacité de ces restes affreux, dit M. CH. LOUANDRE, on devait les détacher du gibet à l'heure de minuit, par une nuit sans lune et surtout à la lueur des éclairs pendant un orage » (4).

1. *Revue des Traditions populaires.*
2. V. *La Justice criminelle à Strasbourg, par* R. REUSS.
3. *La Justice criminelle des duchés de Lorraine et de Barrois*, t. II, par DUMONT.
4. *Croyances et légendes du centre de la France*, t. I, par LAISNEL DE LA SALLE.

La graisse humaine (1) a servi aux usages les plus variés ; aussi ne reculait-on devant rien pour s'en procurer. Le grave historien DE THOU a rapporté, à cet égard, un détail qui fait frissonner.

« Aussitôt, à un certain signal, la populace accourut en fureur et jeta tous ces corps dans la rivière, à la réserve des plus gras qu'on abandonna aux apotiquaires qui les demandaient pour en avoir la graisse. » (*Histoire universelle*, de J.-A. DE THOU, t. VI, p. 427, Londres, 1734).

La scène se passe à Lyon, en 1572 ; les cadavres que l'on jette à l'eau sont ceux des protestants victimes du massacre de la Saint-Barthélemy.

Sous la Terreur, la graisse de guillotiné fut l'objet d'un commerce important. Un « observateur local » pour le département de Paris, au service du ministre GARAT, dans un rapport daté du 13 mai 1793, parle d'un M. SAULE, « inspecteur des tribunes », un gros petit vieux tout rabougri, jadis tapissier, puis colporteur, dont l'une des mille professions avait été celle de « charlatan aux boîtes à quatre sous, garnies de graisse de pendu pour guérir du mal aux reins » (2).

A l'époque où BALZAC écrivait les *Mémoires de Sanson* il était en rapports fréquents avec la famille du bourreau, qui habitait alors rue Albouy. Il paraît, au témoignage des habitants de cette maison, que les gens du quartier et même de quartiers éloignés, venaient sans cesse demander à acheter de la graisse de pendu ou guillotiné, ce qui, pour eux, était tout comme. Les aides du bourreau leur vendaient consciencieusement du sain loux, provenant de la charcuterie voisine, mais qu'ils avaient soin de renfermer dans des pots recouverts de papier rouge (3). Et les clients se retiraient enchantés de posséder le précieux talisman.

Dans son *Traité de Matière médicale*, daté de 1608, Jean de RENOU vante déjà la graisse d'homme comme un excellent nervin : elle faisait partie de l'onguent nervin de l'ancienne pharmacopée d'Augsbourg.

Selon VAN HELMONT, cette même graisse empêchait la contracture des membres ; et, d'après SENNERT (4), elle faisait disparaître en très peu de temps les traces des pustules varioliques.

Donnée à l'intérieur, elle dissipait le marasme et la consomption. On en retirait une huile qui, sous le nom d'*Oleum philosophorum*, faisait fondre les tumeurs, soulageait les maux d'oreilles et guérissait les catarrheux.

Longtemps elle a passé pour souverainement efficace contre les rhumatismes ; et les apothicaires se plaignirent souvent de la concurrence déloyale que leur faisait le bour-

1. La *chandelle du sommeil* dont se sont servis les voleurs, dans certains pays, devait être fabriquée avec de la graisse de fœtus. Semblable chandelle brûlant dans une maison, plonge tous ses habitants dans un sommeil qui ressemble à la mort et par conséquent, est favorable aux voleurs.
2. *Tableaux de la Révolution française*, t. I, p. 214-215, par Adolphe SCHMIDT. Leipzig, 1867.
3. Le fait a été rapporté par le bibliophile JACOB, qui le tenait de BALZAC lui-même (*Intermédiaire*, 10 juin 1880).
4. *De febribus.*

reau, qui débitait, à beaux deniers comptant, la graisse des suppliciés.

Ecoutez les doléances de l'apothicaire Pomet :

« Nous vendons de l'axonge humaine, que nous faisons venir de divers endroits. Mais comme chacun sçait qu'à Paris, le maître des hautes-œuvres en vend à ceux qui en ont besoin, c'est le sujet pour lequel les droguistes et les apothicaires n'en vendent que très peu. Néanmoins, celle que nous pourrions vendre, ayant esté préparée avec des herbes aromatiques, seroit, sans comparaison, meilleure que celle qui sort des mains de l'exécuteur (1). »

Le brave apothicaire s'entendait à vanter sa marchandise.

Dr F. C.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

— Parmi les récentes mutations dans le **Corps de santé militaire** nous relevons le nom de M. le docteur Van Merris, médecin aide-major de 1re classe, désigné pour le 16e chasseurs à pied, à Lille.

Soutenances de Thèses

M. R.-L.-C. Haeü, de Zutkerque (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès, le 31 mai 1905, sa thèse de doctorat (n° 28), intitulée : **Etude sur l'acroparesthésie.**

— M. F.-C.-E.-J. De Bil, d'Hondschoote (Nord), a soutenu avec succès, le 31 mai 1905, sa thèse de doctorat (n° 29) intitulée : **De la crise phosphaturique prolongée consécutive à la fièvre typhoïde.**

— M. D.-A.-D.-N. Decousser, de Cassel (Nord), externe des hôpitaux, a soutenu avec succès, le mercredi 31 mai 1905, sa thèse de doctorat (n° 30), intitulée : **Contribution à l'étude de la myosite blennorrhagique.**

— M. A.-L.-L. Galand, de Cambrai (Nord), pharmacien, docteur en médecine, a soutenu avec succès, le mercredi 31 mai sa thèse de doctorat de l'Université de Lille (mention pharmacie) (n° 28), intitulée : **Enquête sur le lait à Cambrai et dans le Cambrésis.**

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — M. le docteur Gréhant est nommé membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Marey, décédé.

HOPITAUX & HOSPICES

Paris. — Ont été, après concours, nommés médecins des hôpitaux, MM. les docteurs Rist et Landry ; Ont été, après concours, nommés chirurgiens des hôpitaux, MM. les docteurs Baudet et Duval.

UNIVERSITÉS

Ecole de médecine de plein exercice de Rouen. — M. le docteur Halipré, a été, après concours, nommé professeur suppléant à l'école de médecine de Rouen.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — A été nommé *Chevalier* : M. le docteur Labat, médecin-major de 2e classe.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Malécot, d'Angers ; Gannal, de Paris ; Anner, ancien adjoint au maire de Brest ; Cautou, de Saint-Mihiel (Ardennes).

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux méningites aiguës simples, par Victor Courtellemont, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Paris 1905, 1 vol. in-8, 268 pages, avec deux planches hors texte coloriées. Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, et 12, rue Monsieur-le-Prince.

Ce travail vient à son heure : il comble un vide qui existait dans la science médicale. Après avoir montré par quelles étapes ont passé les idées pour arriver à la notion actuelle des séquelles de méningite, l'auteur étudie successivement les caractères communs à toutes les séquelles, les caractères particuliers à chacune de leurs variétés, et leur anatomie pathologique : si ces trois grands chapitres ne sont pas suivis d'un quatrième, consacré à l'étude expérimentale, l'auteur nous en indique la raison dès les premières pages : c'est que ses tentatives pour produire des séquelles de méningite chez les animaux sont restées vaines.

La première partie, composée de l'exposé des généralités, contient l'historique de la question, l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des séquelles de méningite en général.

Dans la seconde partie, sont étudiées, une à une, les diverses variétés de ces accidents. Les troubles moteurs sont l'objet de l'étude la plus complète : l'auteur décrit successivement la quadriplégie spasmodique, la diplégie spasmodique et douloureuse des membres, l'hémiplégie et les paralysies flasques. L'exposé des formes flasques conduit naturellement à discuter la question des rapports qui existent entre la paralysie infantile et la méningite cérébro-spinale. Troubles sensitifs, troubles mentaux, troubles sensoriels, hémorragie cérébrale, hydrocéphalie font le sujet des chapitres suivants.

La troisième partie, partie anatomo-pathologique, apporte des conclusions intéressantes relativement à l'atteinte du névraxe (moelle et cerveau) dans les méningites aiguës.

Toute cette étude est basée sur l'examen de nombreuses observations inédites, dont plusieurs concernent des malades suivis pendant plusieurs années ; elle repose

1. Pomet. *Histoire générale des drogues*, IIe partie.

« Quand nous étions interne à l'Hôtel-Dieu de Nantes, rapporte le docteur Marcel Baudouin, nous avons vu le garçon d'amphithéâtre et de la salle d'autopsie, prendre sur des cadavres de la graisse humaine, la faire fondre, et en former des pains. Nous lui demandâmes pourquoi il se livrait à ce travail : il nous répondit qu'il vendait cette *graisse de momie* (de cadavre), assez chère, aux vieilles femmes de la contrée, cette substance étant très employée pour guérir les rhumatismes.

« Cette coutume est bien connue en France. Les paysans de certains de nos départements utilisent la *graisse de supplicié*, achetée au bourreau, pour les *rhumatismes* et les *écrouelles* (ganglions tuberculeux suppurés du cou). »

encore sur les faits puisés dans la littérature médicale. Son importance n'échappera à personne ; son intérêt, à l'heure actuelle, se manifeste surtout à deux points de vue : d'abord au point de vue pratique, parce qu'elle fait connaître et fixe les caractères de certaines variétés d'accidents post-méningitiques (telles que les quadriplégies ou diplégies spasmodiques, les paralysies flasques, etc...) ; ensuite, au point de vue doctrinal, parce qu'elle vise à introduire en médecine des notions encore peu connues : d'une part, celle de l'atteinte fréquente de la moelle, des racines rachidiennes et de l'encéphale au cours de la méningite aiguë, forçant à serrer de plus près l'étude de l'encéphalie aiguë, de la poliomyélite aiguë, et de la méningite aiguë ; d'autre part, la notion des suites éloignées de la méningite cérébro-spinale, notion pleine de promesses par les révélations qu'elle semble devoir nous apporter dans l'avenir, sur l'étiologie et par suite, peut-être, sur la prophylaxie de nombreuses affections chroniques du système nerveux.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **L'installation des hôtels des villes d'eaux,** par le docteur Dardel, d'Aix-les-Bains), Paris, *Munier*, 1905.

— **Thépapeutique aérienne antiseptique,** par le docteur Couëtoux, (du Mans), Le Mans, *imprimerie centrale*, 1905.

— **Contribution à l'étude de l'acétonurie au point de vue clinique** par le docteur Maulan, Paris, *Steinheil*, 1905.

— **Entérite et douleur,** par le docteur Esmonet, de Châtel-Guyon, extrait de la *Gazette des hôpitaux*.

— **La médication de Challes, son action physiologique son action therapeutique, ses indications,** par le docteur Royer, 1903, *Chambéry*, Imprimerie savoisienne.

— **Troubles de la miction chez l'enfant par gravelle sablonneuse et hyperacidité urinaire (spasme vésical et incontinence)** par le docteur A. Monsseaux, extrait de la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1905.

— **De la pyiclonéphrite et la gravelle d'origine scarlatineuse chez l'enfant,** par le docteur Monsseaux, (de Vittel), extrait des *Archiv. de médecine des enfants*, 1995.

— **Les effets et les états de la matière de l'eau d'Evian-les-Bains,** par le docteur Chiaïs, Paris, *Baillière*, 1905.

— **Société Lilloise de protection des enfants du premier âge (année 1904). Assemblée générale, rapports et comptes-rendus,** Lille, 1905.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

21e Semaine du 21 au 27 mai 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	1	2
3 mois à un an	4	2
1 an à 2 ans	«	1
2 à 5 ans	2	1
5 à 20 ans	«	2
20 à 60 ans	15	15
60 ans et au-dessus	13	9
Total	35	32

Répartition des décès par quartier — CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	7	10	9	27	10	12	9	6	13	2	11	116
TOTAL des DÉCÈS	3	11	6	9	7	10	6	4	6	2	1	65
Autres causes de décès	»	7	1	2	2	5	»	»	3	1	»	21
Homicide	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Maladies organiques du cœur	»	1	1	1	1	»	1	1	»	»	»	6
Bronchite	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2
Apoplexie cérébrale	»	»	»	1	1	»	1	1	»	»	»	4
Cancer	1	»	»	2	»	»	2	»	1	»	1	7
Autres tuberculoses	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Bronchite et pneumonie	»	1	»	»	1	2	»	2	»	»	»	6
Grippe	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Tuberculose pulmonaire	1	1	2	1	2	1	2	»	2	»	»	12
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 439. Neuvième Année. N° 24. Le Numéro : 10 centimes 11 Juin 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les spasmes de la face

par **L. Ingelrans**, professeur agrégé,
chargé du cours des maladies du système nerveux à la Faculté
médecin des hôpitaux

La face peut être le siège de manifestations spasmodiques unilatérales ou bilatérales de diverses espèces. Leur étude prend de plus en plus d'intérêt au fur et à mesure qu'on l'approfondit. Malgré tout, comme le dit ERB, les spasmes faciaux constituent toujours un des problèmes les plus ardus de la pathologie nerveuse : voici une simple vue d'ensemble sur leurs principaux caractères, un coup d'œil jeté sur leur clinique et leur pathogénie telles qu'on les comprend à présent.

Rappelons qu'on devrait réserver le nom de spasmes aux convulsions des muscles de la vie végétative, mais qu'en langage courant cette définition est trop restrictive, car on identifie les spasmes aux convulsions quels que soient les muscles envisagés. Les spasmes ou convulsions sont donc des contractions brusques et involontaires, et ils sont toniques ou cloniques. Nous rencontrerons ces deux variétés.

I

Il y a d'abord le *tic douloureux de la face*, qu'il vaudrait beaucoup mieux, comme nous le verrons plus loin, appeler spasme douloureux de la face. Cette affection est bien connue : elle a été décrite pour la première fois en 1756 par ANDRÉ. C'est une variété de névralgie du trijumeau, caractérisée par l'adjonction au phénomène douleur de convulsions cloniques ou toniques dans les muscles de la face. « Dans les cas bénins, les troubles moteurs consistent en quelques secousses des muscles faciaux (orbiculaires de l'œil et des lèvres) et ne surviennent qu'au moment de l'accès. Le tic douloureux constitue, au contraire, une forme grave de névralgie faciale : les secousses violentes occupent la moitié correspondante du visage. Rarement on note des contractions des muscles masticateurs ; quelquefois elles s'étendent aux muscles de la langue, du voile du palais (PITRES et VAILLARD). TROUSSEAU nomme cet état névralgie épileptiforme convulsive parce que la douleur se produit par paroxysmes, sans endolorissement dans l'intervalle des accès, et avec convulsions dans les muscles correspondants. Il y a apparition brusque et subite d'une sensation douloureuse extrêmement vive, occupant toujours le même siège, douleur qui disparaît également tout d'un

coup après quelques secondes de durée. En même temps, les secousses faciales éclatent, les accès se produisent jour et nuit et se répètent dix, vingt, cent fois en vingt-quatre heures. TROUSSEAU rapporte l'histoire d'une dame de cinquante ans qui, depuis vingt ans, avait, à certains jours, de dix à cent accès, puis pouvait rester un mois sans paroxysme. La convulsion durait une minute et n'occupait que le côté gauche du visage ; la douleur était atroce. La pression de la face avec les mains amenait un peu de soulagement et, de cette pression longtemps continuée, était résulté un aplatissement du côté de la face : le maxillaire inférieur, l'os de la pommette avaient été en quelque sorte écrasés. Cette description donne une idée de la terrible maladie qu'est le tic douloureux.

La belle leçon clinique que lui consacre TROUSSEAU en contient encore de saisissantes peintures concernant les cas les plus invétérés, car c'est un mal éminemment rebelle et capable de durer pendant toute l'existence. Pour TROUSSEAU, la névralgie épileptiforme convulsive offre une grande analogie avec l'épilepsie et il pense même que, dans quelques cas, c'est une des manifestations de l'épilepsie véritable. Cette manière de voir ne paraît plus guère admise par la majorité des auteurs, bien qu'en 1898 FORNI ait encore rapporté onze observations de tic douloureux développé chez des épileptiques. En général, on pense que l'irritation du trijumeau retentit dans le bulbe sur le noyau d'origine du facial et qu'ainsi le mécanisme du tic convulsif est entièrement réflexe. Le tic douloureux de la face, disent MEIGE et FEINDEL en 1902, est le type des spasmes réflexes. La théorie réflexe bulbaire, déclare MOURIER (novembre 1903), semble très vraisemblable; elle a pour elle les faits cliniques et expérimentaux. Nous ajouterons que l'origine réflexe des convulsions en général, et de celles de la face en particulier, est admise pour un très grand nombre de cas comme extrêmement probable, par les auteurs les plus autorisés. Ainsi, c'est l'opinion de BERNHARDT (de Berlin), dans son *Traité des maladies des nerfs périphériques* (1897).

Or, le 6 avril 1905, à la *Société de Neurologie*, BABINSKI, sans nier bien entendu l'existence des mouvements convulsifs dans certaines névralgies du trijumeau, dit que la réalité d'un hémispasme facial lié à une névralgie de la cinquième paire n'est pas démontrée. BABINSKI entend par hémispasme facial des mouvements analogues à ceux qu'on obtient par l'excitation du facial ; il déclare que, dans le tic douloureux, les secousses n'ont pas les caractères nécessaires pour établir cette analogie. Il ne croit pas qu'une excitation d'un nerf sensitif puisse donner un effet identique à celui qui résulte de l'électrisation d'un nerf moteur et il ne pense pas que chez l'animal on puisse obtenir expérimentalement un fait de ce genre.

A cela, MEIGE répond que, s'il n'est pas expérimentalement démontré qu'une lésion du trijumeau puisse déterminer des accidents convulsifs identiques à ceux que donne l'irritation du facial, on doit se rappeler que la névralgie du trijumeau s'accompagne souvent de secousses convulsives dans le domaine du facial qui offrent cliniquement des ressemblances objectives avec celles du spasme que produit l'excitation du nerf facial.

BRISSAUD, d'autre part, conclut lui-même que les convulsions qui se produisent dans la névralgie du trijumeau ne sont peut-être pas la conséquence de l'irritation de la voie centripète.

Il dit que dans la névralgie dentaire, les grimaces faciales ne sont pas rares : ce sont des gestes de défense auxquels la volonté participe plus ou moins. — DE MASSARY est aussi d'avis que la névralgie du trijumeau donne des mouvements plus complexes que ceux d'un simple spasme : la névralgie d'origine périphérique produit des réactions musculaires complexes de défense, de véritables actes fonctionnels. Seules produiraient des spasmes les névralgies d'origine centrale dont la cause irrite tout à la fois les noyaux du trijumeau et du facial.

Quelle que soit la théorie qu'on adopte, celle du spasme réflexe ou celle des mouvements volontaires de réponse et de défense à la douleur, on doit reconnaître que, même pour le cas le plus simple de spasme facial, celui qui dépend de la névralgie du trijumeau, la pathogénie n'est pas encore élucidée, comme BABINSKI vient de le faire voir. Le terme tic, qui le qualifie, ne serait par conséquent pas si mauvais qu'on le prétend. D'ailleurs, CRUCHET, au Congrès de Pau de 1904, disait déjà que dans le tic douloureux, on assiste à un véritable *acte de défense* du sujet, contre la douleur, pouvant être parfois réfréné par la volonté.

Ainsi, dès l'abord, nous devons déjà reconnaître la vérité du mot précité, que ce problème des spasmes faciaux est un des plus ardus de la neurologie.

II

A côté du spasme douloureux, il y a l'*hémispasme facial non douloureux*.

C'est FRANÇOIS (de Louvain) qui, en 1843, présenta le premier mémoire sur ce sujet à l'*Académie royale de Médecine de Belgique*. Cette fois, il ne s'agit plus du tic douloureux qu'avait décrit ANDRÉ, quatre-vingt-sept ans auparavant ; c'est, comme le dit VALLEIX, une affection caractérisée par des mouvements involontaires des muscles qui reçoivent l'influx nerveux de la septième paire, mouvements qui font grimacer la face et ne s'accompagnent d'aucune douleur. On doit ajouter que l'affection est constamment unilatérale.

Prenons comme description clinique celle que MEIGE a donnée au *Congrès des neurologistes*, à Bruxelles, en août 1903.

Un sujet se plaint d'éprouver dans la face des mouvements nerveux. Son visage est calme : soudain, sur le bord libre de la paupière inférieure naît un minuscule frémissement qui gagne tout l'orbiculaire inférieur, puis supérieur. La fente oculaire diminue, et ensuite les zygomatiques, l'élévateur de l'aile du nez, l'orbiculaire des lèvres, les muscles du menton, quelquefois une moitié du frontal, entrent en convulsion. Finalement, la moitié du visage apparaît contracturée, la commissure labiale tirée en haut, l'œil demi-clos : c'est une contracture frémissante, de tous points comparable à celle que produit une excitation électrique d'intensité croissante. Parfois, les trémulations apparaissent, mais fugitivement, du côté opposé ; puis l'accès se termine sans aucune douleur, uniquement avec des sensations de tiraillement cutané ; quelquefois, les périodes d'accalmie ne sont plus appréciables ; au lieu d'accès plus ou moins éloignés, la moitié de la face présente, sans rémission, cet état de contracture frémissante.

La marche des convulsions est progressivement croissante au cours d'un même accès et celles-ci sont strictement limitées au territoire anatomique du facial : les piliers du voile et la luette peuvent d'ailleurs prendre part au tableau spasmodique (En ce qui a trait à ces dernières régions, ainsi qu'aux muscles auriculaires et au muscle de l'étrier, nous nous bornerons à signaler leur participation possible aux spasmes du facial, mais nous n'y reviendrons plus puisque c'est de la face et non du facial que nous parlons ici).

Les cas sont variables : le plus souvent, au début, l'œil seul est atteint ; plus tard, tout le domaine du nerf est touché. Au début aussi, les accès durent quelques secondes ou quelques minutes, ultérieurement ce sont des heures, et même ils deviennent subintrants et permanents. Ces accès sont *capables* de survenir ou de se prolonger pendant le sommeil. Il y a des périodes de rémission tout à fait irrégulières ; l'apparition des crises est souvent sans cause appréciable et la volonté ne peut absolument rien sur elles, non plus qu'aucun moyen quelconque : le malade se frotte ou se pince la figure, il n'aboutit à rien atténuer.

MEIGE, à la *Société de neurologie*, le 6 avril 1905, signale un cas de spasme facial vrai limité au menton ; ce géniospasme, chez une jeune fille de dix-sept ans, paraît dépendre d'une intervention chirurgicale ayant lésé une branche du facial.

Tel est le spasme facial proprement dit ; il frappe surtout des sujets qui ont eu jadis de violentes névralgies ou de la migraine ophtalmique ou qui, récemment, ont été victimes de traumatismes de la face ou d'affections oculaires. Les cas de guérison sont rares. « Nous ne croyons pas qu'on l'ait vu disparaître spontanément, si ce n'est dans le cas de BALLET par une paralysie faciale périphérique du même côté et dans le cas d'OZENNE par le traitement antisyphilitique » (MOURIER). A la connaissance de BRISSAUD et MEIGE, et il en existe pourtant plusieurs cas améliorés.

III

Le spasme, en général, est la résultante d'une excitation portant sur le trajet d'un arc réflexe (BRISSAUD). Sa cause est une lésion matérielle, d'ordinaire persistante ; le spasme indolore de la face, exclusivement cantonné au domaine du facial, relève le plus souvent d'une altération de ce dernier ou de son noyau d'origine. « Il faudrait énumérer à ce propos toutes les mêmes causes qui sont capables d'engendrer la paralysie faciale, car elles peuvent aussi déterminer des phénomènes spasmodiques » (HALLION). — Comme, dans un spasme, l'irritation peut porter sur un point quelconque de l'arc réflexe (BRISSAUD) (sur la périphérie sensitive, sur le conducteur centripète, sur le centre bulbaire et aussi sur les voies centrifuges). MEIGE écrit que le tic non douloureux de la face peut ne pas dépendre d'une excitation du facial ou de son noyau, mais n'être qu'un spasme réflexe, comme le tic douloureux.

BRISSAUD, en 1895, écrit que le spasme facial a le

plus souvent un point de départ oculaire, avec excitation des fibres sensitives du trijumeau se réfléchissant sur le noyau du facial et quelquefois sur les noyaux voisins, comme celui du spinal (trapèze, splenius, sterno-cléido-mastoïdien).

D'ailleurs, on voit quelquefois l'hémispasme indolore se transformer en spasme douloureux, après des années même. MOURIER classe les hémispasmes non douloureux en deux groupes, ceux d'origine directe et ceux d'origine réflexe. Les spasmes d'origine directe peuvent dependre d'altérations primitives du noyau bulbaire du facial : ainsi le malade que BABINSKI a étudié le 6 avril dernier à la *Société de neurologie* a une lésion du bulbe ; ainsi la chienne que CADIOT, GILBERT et ROGER (*Revue de Médecine*, 1890) ont autopsiée après expérimentation, avait un spasme qui ne pouvait dépendre tout à fait certainement que du noyau du facial.

Les spasmes d'origine directe sont encore liés à des lésions du tronc facial : irritation du nerf par un sarcome, par un anévrysme de la vertébrale, une plaque de méningite basilaire, des ganglions, une carie du rocher, une otite, un abcès parotidien, etc.

Les spasmes indolores d'origine réflexe dépendent du trijumeau le plus souvent (MOURIER) ; les malades ont eu auparavant des névralgies faciales et dentaires ou un trauma de la face ou une affection des paupières ou des voies lacrymales. LANNOIS et MOURIER (thèse de Lyon, novembre 1903) ajoutent à ces altérations du trijumeau des cas de bourdonnements d'oreilles ou surdité et ils rappellent, à ce sujet (et comme hypothèse pathogénique possible pour ces derniers cas) qu'un rameau du facial innerve le muscle de l'étrier et qu'il existe entre le facial et l'acoustique des anastomoses (ALEXANDER, en particulier, a montré des traînées ganglionnaires reliant le ganglion géniculé au ganglion vestibulaire).

Or, BABINSKI ne croit pas que le tic douloureux de la face soit un spasme réflexe, on l'a vu. A plus forte raison n'admet-il pas que le spasme facial vrai, non douloureux, en soit un. Chez son malade, qui a une lésion bulbaire, il a constaté cliniquement pendant les convulsions, une incurvation du nez (la pointe du nez se porte du côté malade et son bord antérieur forme une courbure à concavité tournée du même côté), une fossette irrégulière se produisant au menton du côté malade, et ce qu'il appelle la synergie paradoxale des contractions. Ce sont là des caractères qui, pour BABINSKI, tiennent à l'irritation directe du facial ou de son noyau et ne peuvent se produire par voie réflexe, ni même par irritation directe du centre cortical cérébral du facial.

Ainsi, ces caractères cliniques nouveaux du spasme non douloureux de la face sont de nature à montrer, d'après BABINSKI, que ce spasme dépend toujours d'une lésion du facial ou de son noyau bulbaire et nullement d'ailleurs. « Si les idées que j'expose se confirment, dit-il, cette notion nouvelle sera établie que l'hémispasme facial marqué par les caractères intrinsèques que j'ai énumérés et analysés ne peut être engendré *que par une perturbation directe du facial ou de son noyau*. On devrait l'appeler hémispasme facial périphérique par analogie avec la paralysie faciale de même origine ». C'est le contraire même de l'opinion d'OPPENHEIM pour qui, dans les spasmes par irritation directe du facial à la base du crâne, la compression du trijumeau passerait souvent inaperçue et serait en réalité la vraie cause du spasme, lequel ne serait point direct mais probablement réflexe. (*Traité des mal. nerveuses*, 1894, p. 755).

IV

Venons-en maintenant aux spasmes qui peuvent se produire à la suite de la *paralysie faciale périphérique*.

Dans cette variété de paralysie, lorsque les mouvements reviennent sans que l'excitabilité électrique s'améliore en même temps, ce qui est le cas le plus habituel, on voit naître des contractions cloniques et toniques, surtout des zygomatiques moyens. Un mode de terminaison fréquent de cette paralysie est la contracture et, à l'état de repos, les muscles contracturés sont le siège de mouvements cloniques comme si on électrisait le nerf.

MOURIER, à ce sujet, déclare que ces cas doivent rentrer dans le cadre de l'hémispasme vrai. Les symptômes et les causes étant les mêmes, la pathogénie est la même, l'hémispasme post-paralytique traduisant la réaction, par irritation directe, du nerf facial.

BABINSKI opine absolument dans le même sens : « Il y a une parenté entre la paralysie faciale périphérique et l'hémispasme facial périphérique ; une même cause peut donner naissance à l'un ou à l'autre : on peut voir, dans la paralysie faciale périphérique, à la paralysie succéder un état spasmodique ayant de grandes analogies avec l'hémispasme primitif. »

A cela HUET répond que l'état spasmodique à la suite de la paralysie périphérique se distingue de

l'hémispasme vrai parce que: 1° il se développe sur un fond de contracture secondaire dont il est une manifestation symptomatique; 2° la déviation de la contracture secondaire, comme les secousses spasmodiques, s'accentue à l'occasion d'impressions psychiques, d'impressions périphériques, des jeux de la physionomie et des mouvements voulus; 3° la motilité est incomplètement revenue du côté qui a été paralysé; 4° il existe des mouvements associés d'élévation de la commissure labiale pendant l'occlusion volontaire de l'œil, et souvent des mouvements associés du côté de l'œil à l'occasion de l'ouverture de la bouche. Pour LAMY (*Société de Neurol.*, 11 mai 1905), cette contraction synergique paradoxale dépendrait d'une régénération anormale et vicieuse du nerf facial.

BABINSKI ne croît pas que ces signes puissent permettre d'établir une distinction entre les deux états.

La contracture avec mouvements rythmés, dit DEJERINE, n'est pas l'apanage exclusif de la paralysie faciale par compression, ou *a frigore*. Il l'a vue survenir dans une *névrite* faciale d'origine infectieuse, au cours d'une polynévrite généralisée. On n'a rien signalé d'analogue dans les membres après névrite et cette particularité ne se verrait que dans le domaine du facial.

V

On a vu jusqu'ici des spasmes dérivant les uns de l'irritation du nerf facial ou de son noyau bulbaire, les autres d'origine peut-être réflexe. En existe-t-il d'origine cérébrale ?

Il n'est pas douteux que certaines convulsions unilatérales de la face peuvent être causées par une irritation de l'écorce du cerveau. Le centre cérébral du facial réagit dans ces cas à l'excitation par des secousses musculaires, qu'on doit naturellement assimiler à l'*épilepsie jacksonnienne*.

Si nous prenons une description classique de l'accès jacksonnien à type facial, nous voyons qu'on écrit (GRASSET et RAUZIER) que les convulsions commencent par la face ou le cou, le plus souvent par la commissure de la bouche qui se contracte en un rictus et par la langue, qui est projetée sous les arcades dentaires. Les spasmes envahissent ensuite les yeux qui se portent en haut, les paupières, tous les muscles du cou et de la face. Celle-ci est convulsivement tournée vers une épaule, les dents sont serrées par une action unilatérale des masticateurs, puis le membre supérieur se prend. D'habitude donc, le centre du facial n'est pas seul en jeu, mais celui des muscles du globe oculaire, celui du trijumeau moteur, celui du spinal entrent en action.

Eh bien, l'épilepsie partielle peut, nous le répétons, ne se traduire que par du spasme facial semblable à ce que nous avons décrit ci-dessus, sous le nom de spasme vrai indolore unilatéral et la confusion entre les deux affections peut certainement se produire, malgré leur pathogénie si radicalement différente.

MEIGE et FEINDEL disent que les convulsions du type jacksonnien, consécutives à l'irritation d'un des points les plus éloignés de la voie cortico-bulbaire, l'écorce, ne ressemblent guère aux mouvements spasmodiques produits par l'irritation du nerf sensitif. D'abord, il n'est pas démontré, on l'a vu, que l'irritation du nerf sensitif puisse donner un effet identique à celui qui résulte de l'irritation du nerf moteur, ensuite le spasme facial jacksonnien peut certainement ressembler au spasme vrai périphérique. Aussi MEIGE et FEINDEL ont-ils raison d'ajouter que dans la pratique la différenciation ne sera pas toujours aisée et que la connaissance des accidents surajoutés permettra le diagnostic. Ce n'est parfois que par ces commémoratifs qu'on pourra l'établir.

Je viens de voir un sujet qui a tous les caractères de l'hémispasme facial vrai périphérique indolore; toutes les cinq minutes, la crise éclatait lors de l'examen. Rien d'autre que la face n'était touché: pendant l'accès, le sujet pouvait tourner la tête, tirer la langue et ouvrir la bouche : l'orbiculaire des paupières, le peaucier du cou, les zygomatiques, l'orbiculaire des lèvres entraient en spasme progressivement croissant du côté droit, et lors du maximum on voyait quelques trémulations de l'orbiculaire palpébral du côté opposé. Le malade se frottait la joue pendant toute la scène qui était bien celle du spasme facial simple. Or c'est, chez cet homme, de l'épilepsie partielle : l'avant-veille de l'examen quatre de ces accès de spasme avaient été suivis de chute avec perte de connaissance, rigidité, convulsions toniques. La semaine précédente, les mêmes faits s'étaient produits. Ce malade, âgé de trois ans, a eu trois crises convulsives à debut facial à vingt et un ans dans le cours d'un semestre, puis accalmie de huit ans ; reprise de la maladie sous forme d'une crise unique à cette date, arrêt de quatre années et, maintenant, rechute qui persiste depuis quelques semaines avec des accès d'épilepsie à debut facial et, entre deux, fréquemment répété, tous les quarts d'heure par exemple, le spasme facial

que j'ai dit. Ce n'est nullement un hystérique, comme les rémissions pourraient le faire croire. L'histoire succincte que l'on vient de voir est le propre récit du malade. mais ses parents affirment que pendant les grandes rémissions qu'il signale, il y a eu plusieurs fois des attaques plus ou moins complètes que le sujet a lui-même ignorées. Les grandes crises, et le spasme facial se produisent aussi bien la nuit que le jour. J'ai la conviction que c'est un spasme facial d'origine corticale, absolument limité au territoire de la septième paire, que l'épine irritative est cérébrale et que, seuls, les renseignements cliniques peuvent permettre un diagnostic exact.

D'ailleurs, si l'éventualité de pareils cas n'est pas fréquente, ils n'en sont pas moins connus. Il y en a d'abord un de Debrou, en 1844 *(Arch. génér. de méd.)* : c'est un homme à l'autopsie duquel on trouva un caillot à la surface de l'hémisphère gauche, mais le cas n'est pas typique car, outre le spasme facial, il existait de l'aphasie, des contractions des masticateurs et des troubles de la déglutition. Plus probant est le fait de Chipault *(Revue neurol.* 1893*)* où les attaques jacksonniennes se manifestèrent pendant une période par un tiraillement du coin de la bouche et de l'œil gauche, des grimaces de la moitié gauche de la face qui duraient quelques secondes. Il y avait un gliome sous-cortical, gros comme une cerise, dans le pied de la deuxième frontale. En 1876, Féré avait vu un spasme de l'orbiculaire palpébral et des zygomatiques gauches revenant par accès, d'une durée de vingt minutes, chez un homme qui avait eu une plaie au niveau de l'os pariétal. Dans un fait de Wernher *(Virchows Archiv*, 1872*)* il y avait eu blessure de la convexité au niveau du centre de la face ; dans un cas de Hitzig *(Arch. f. Psychiat.* 1872*)* l'hémispasme était dû à un abcès cérébral, mais la langue prenait part aux convulsions et l'observation n'est pas très probante, par conséquent, à notre point de vue. Goltdammer *(Berl. klin. Woch.* 16 juin 1879*)* a publié un article intitulé : Spasme facial droit avec parésie consécutive. Légers troubles de la parole. Tumeur de la grosseur d'une cerise à la partie inférieure de la circonvolution centrale antérieure gauche. Schuster *(Archiv f. Psych.* 1904*)* signale un spasme tonique et clonique du facial droit lié probablement à une lésion en foyer de la partie inférieure des circonvolutions ascendantes : mais d'autres muscles, ne dépendant pas du facial, sont pris et le cas est encore une fois compliqué. Il reste une relation de Berkelky *(Médical News*, 1883*)*, où une lésion existait un peu au-dessus du siège du gliome sus indiqué de Chipault et c'est tout.

Les observations sont donc tout à fait exceptionnelles de convulsions uniquement faciales de cause cérébrale Néanmoins, il reste certain qu'une lésion corticale peut produire un hémispasme semblable au spasme facial vrai (par irritation du nerf ou de son noyau). Toutefois Babinski dit qu'une lésion corticale ne peut produire un tableau clinique absolument identique car elle ne déterminera pas l'incurvation du nez, la fossette mentonnière et la synergie paradoxale des contractions, signes nouveaux qu'il vient d'indiquer dans l'hémispasme facial périphérique.

Si l'on se demande pourquoi l'orbiculaire palpébral (qui dépend du facial supérieur) est en jeu dans des spasmes relevant d'une irritation portant sur le centre cérébral qu'on déclare souvent n'innerver que le facial inférieur, on n'aura qu'à savoir que cette dernière opinion est inexacte. « Tout porte à croire, dit Soury, que le centre des mouvements volontaires des orbiculaires palpébraux est situé dans le tiers inférieur des circonvolutions centrales, au-dessus des centres de la bouche, en avant du sillon de Rolando, à proximité du pied de la deuxième frontale ». Il y a des faits avec autopsie (Hervey, Milla, Brissaud, Mirallié, Silva) établissant ce centre et en particulier, dans le cas de Silva, une épilepsie jacksonnienne, avec aura par le facial supérieur, était due à un kyste apoplectique, allant du pied de la deuxième frontale à la pariétale ascendante.

Les spasmes de la face d'origine corticale, considérés comme accès d'épilepsie jacksonnienne très limités, doivent-ils et peuvent-ils être distingués des tics chez les épileptiques? C'est une question très épineuse : un grand nombre de comitiaux, dit Féré, sont sujets à des tics variés (notamment de la face) qui n'ont aucun rapport avec les paroxysmes épileptiques. D'autres fois, le tic siège du côté où prédominent les convulsions, il peut alors donner des présomptions relativement à la localisation de la lésion. D'autres fois, il s'accentue avant les accès dont cette recrudescence constitue un signe précurseur. S'agit-il de tics véritables, ou si c'est la manifestation d'une irritation localisée du cortex? Il est difficile de le dire. En tout cas, un état voisin, la myoclonie épileptique, (Pritchard, Herpin), dont Unverricht a décrit la

forme familiale et à laquelle Dide donne le nom de petit mal moteur, existerait dans cinq pour cent des cas d'épilepsie ; cette myoclonie épileptique peut présenter le tableau du tic convulsif de la face, diminuant après un accès d'épilepsie, puis augmentant, pour atteindre un maximum que vient couronner un autre accès épileptique (Mannini), ce qui tendrait à démontrer que la myoclonie comitiale et l'épilepsie dépendraient d'une même lésion corticale, avec hyperexcitabilité des cellules rolandiques. Si on admet cette interprétation pour la myoclonie épileptique, elle est peut-être valable pour ce qu'on désigne sous la rubrique tics des épileptiques, et ainsi tout l'ensemble se confondrait avec les spasmes d'origine corticale qui font l'objet de ce paragraphe : la question, répétons-nous, est des plus épineuses et ne peut qu'être posée sans qu'on y réponde. Ainsi Rabot ne penche pas du tout pour l'origine corticale de la myoclonie épileptique. A son sens, le point de départ en serait dans les cellules motrices bulbo-médullaires. Cette manière de voir nous conduit loin de l'épilepsie jacksonnienne et des tics. Une base ferme nous fait ici défaut. D'ailleurs, nous parlons des tics sans les avoir encore décrits : il est temps d'y arriver.

VI

Les *tics* de la face sont les plus fréquents de tous les tics et sont souvent unilatéraux.

Meige et Feindel ont écrit une monographie définitive sur les tics. Ils montrent qu'il est rare que tout le territoire musculaire d'un seul nerf facial soit intéressé. Certains muscles innervés par la septième paire peuvent ne pas participer aux convulsions, comme aussi on voit souvent celles-ci apparaître simultanément dans un territoire nerveux différent (muscles des globes oculaires, par exemple). Les contractions s'associent les unes aux autres, de façon à produire une grimace complexe.

Le tic facial peut être tonique : il est d'ordinaire clonique. On tique de l'œil, du nez, de la bouche, ou on a plusieurs tics successifs. Le clignotement peut exister isolément, ou bien c'est le plissement du front, la torsion du nez, la contraction des sourciliers, des peauciers du crâne ou du cou, etc. Souvent, haussement d'une ou des deux épaules, par contraction synergique du trapèze.

Les muscles du pavillon de l'oreille entrent souvent en jeu, c'est assez rare. Le plus habituel de tous les tics est celui des paupières : battements, clignotements, clignement permanent ou écarquillement au contraire, etc.

Les tics palpébraux, disent les auteurs précités, ont fréquemment pour origine un corps étranger, une poussière, un cil, une inflammation des conjonctives : une vive lumière peut les déterminer. Les tics du nez sont des froncements des narines avec reniflement : ils suivent des coryzas, des gerçures du nez, des furoncles des narines. Du côté des lèvres, on observe des moues de tout genre, des mouvements de succion, des rictus grimaçants. On peut rencontrer des géniotics ou tics du menton ; bref, on trouve à peu près tous les mouvements spasmodiques imaginables et il n'est pas question de les décrire dans cette courte révision.

Qu'est-ce qu'un tic ? C'est un trouble psycho-moteur. Le trouble mental qui permet sa production est une imperfection de la volonté, un état de déséquilibre ou d'infantilisme mental. Le trouble moteur qui traduit cet état est provoqué par une incitation venue de l'extérieur ou par une idée : le mouvement produit est habituel, automatique, excessif, intempestif. Ce mouvement est convulsif, mais c'est un acte coordonné, adapté à un but, un geste de défense, une expression mimique. Les contractions musculaires, en outre, se succèdent à intervalles inégaux, par accès, et la volonté les refrène pour un temps, de même que la distraction les atténue et que le sommeil les supprime ; elles ne sont pas douloureuses. Tels sont les caractères que Meige assigne aux tics.

Or, malgré tous ces caractères, on peut avoir de grandes difficultés à distinguer les tics de la face des spasmes que nous avons décrits plus haut et surtout de l'hémispasme facial périphérique non douloureux. Parfois même on ne peut conclure d'une manière générale : on doit se rappeler que le spasme est très brusque, comme produit par une décharge électrique ; les mouvements n'y ont rien de coordonné, on n'y reconnaît aucune systématisation fonctionnelle. Il siège dans un territoire nerveux anatomiquement défini. La volonté ne suspend pas les spasmes et ils peuvent persister pendant le sommeil. L'état mental des sujets n'est pas celui des tiqueurs.

Les sujets atteints d'hémispasme vrai périphérique de la face sont toujours des adultes ; les jeunes sujets contractent surtout des tics, mais ce n'est pas suffisant pour un diagnostic différentiel, car on peut devenir

tiqueur à tout âge. Ce diagnostic est pourtant capital à établir : on a vu la gravité de l'hémispasme facial ; pour le tic, au contraire, qui peut vouloir peut guérir (Meige). Tout dépend de l'état mental.

VII

L'*hystérie* mérite une place importante dans cette revue par l'*hémispasme glosso-labié*. Rigoureusement parlant, c'est une hémicontracture et non un hémispasme tonique, car nous répétons que spasme veut dire convulsion, ce qui n'est pas le cas ici. Néanmoins, comme il s'agit d'un coup d'œil d'ensemble, nous croyons devoir en parler. — Ce qu'on appelle hémispasme glosso-labié est surtout observé chez les adultes : toutefois on peut le rencontrer chez l'enfant et le vieillard. Très souvent, il existe une hémiplégie hystérique du même côté que le spasme, mais elle peut faire défaut. Le début est d'habitude brusque et la contracture touche les deux lèvres d'un côté ainsi que la langue, dans une de ses moitiés ou en totalité. L'orbiculaire de l'œil est généralement respecté : le peaucier du cou est presque toujours en jeu (Gasne).

Il semble que le côté sain soit paralysé lorsque le visage est au repos, mais l'altération des traits s'accentue au moindre mouvement « Quand la bouche s'ouvre, dit Richer, l'ouverture en est beaucoup plus large du côté du spasme et de forme irrégulière. Le sillon naso-labial s'accuse. Dans le rire, les dents se découvrent beaucoup plus du côté contracturé que du côté sain. Dans l'action de souffler, l'issue de l'air ne se fait point du côté qui semble paralysé, mais du côté contracturé. La langue est déviée d'une manière excessive, convulsive en quelque sorte. Elle ne peut être tirée qu'avec les plus grandes difficultés et la pointe en est fortement déviée du côté contracturé. Dans certains cas, retournée en crochet, elle ne peut plus sortir de la bouche. A l'occasion de ces mouvements, on voit quelquefois le spasme envahir les paupières qui se plissent convulsivement. » L'anesthésie est superposée à toutes les parties atteintes, sur la peau de la joue, la muqueuse, les gencives, la moitié du voile du palais. Il peut y avoir anesthésie de la langue en totalité.

Cet état peut persister des jours ou des années. L'hémispasme glosso-labié de l'hystérie, dit Brissaud (1904), ne mérite pas le nom de spasme. C'est une grimace, un tic tonique d'origine corticale : le facial, l'hypoglosse et les nerfs moteurs de l'œil y participent, association fonctionnelle et non pas anatomique.

Mourier, après avoir parlé de l'hémispasme glosso-labié, ajoute que l'hystérie, ainsi qu'il l'a vu deux fois, est également capable de produire un hémispasme facial complet de forme tonique. En outre, Cruchet écrit qu'elle peut simuler le tic convulsif sous forme de *spasmes rythmiques*. « Rien n'est plus facile, dit Pitres, que de reconnaître un spasme rythmique, mais il n'y a pas de caractère pathognomonique permettant de distinguer un spasme rythmique hystérique d'un spasme rythmique non hystérique. » C'est, en somme, de la *chorée rythmique hystérique* localisée à la face.

Plus fréquent que le spasme complet est le *blépharospasme*. Quand il est clonique, et on a noté cette forme dans les attaques de sommeil, c'est une vibration continue des paupières closes ou demi-closes, presque toujours bilatérale. Quand il est tonique la paupière est énergiquement fermée, la peau est plissée, c'est avec peine que les doigts arrivent à entr'ouvrir la fente palpébrale. Dans ce cas, la contracture est douloureuse et alors toujours bilatérale, ou non douloureuse et alors ordinairement unilatérale (Gasne).

Le *ptosis pseudo-paralytique* de Parinaud se voit dans l'hystérie. La peau de la paupière n'est pas plissée ; le malade rejette la tête en arrière et contracte son frontal. Néanmoins, ce n'est pas le releveur qui est paralysé ; c'est l'orbiculaire qui est contracturé, il est animé de frémissements convulsifs et le sourcil est abaissé. Ce dernier signe est tout à fait caractéristique (Gasne). Dans toutes les formes précédentes, l'anesthésie est superposée à la contracture ou au spasme, sauf dans le blépharospasme douloureux, avec photophobie où on note, au contraire, de l'hyperesthésie. D'ailleurs, dans l'hystérie, où tout est possible, la séméiologie est fort variable suivant les malades et il n'y a pas lieu de s'y attarder davantage.

VIII

Dans l'*athétose unilatérale* qui succède parfois à l'hémiplégie, la face peut être atteinte. Le côté paralysé est alors le siège continuel de grimaces des plus variables qui déforment à chaque instant la physionomie du malade. C'est surtout dans l'hémiplégie cérébrale infantile que cela s'observe et quelquefois, chez ces hémiathétosiques, on trouve à la face, au lieu d'athétose, un léger état de contracture, caractérisé

par une élévation de la. commissure des lèvres, qui est animée de petits mouvements d'élévation et d'abaissement.

Dans l'*athétose double d'origine cérébrale*, MASSALONGO croit que les mouvements de la face sont constants. AUDRY ne les a rencontrés que trois fois sur quatre. CLAY SCHAW les a fort bien étudiés ; « Ils sont vraiment extraordinaires et donnent naissance à des impressions variées, la plus fréquente étant celle d'un large rire, dû aux spasmes des rétracteurs des angles de la bouche, des risorius, des zygomatiques, des fibres inférieures de l'orbiculaire palpébral. Puis vient un calme relatif, dû au relâchement des muscles ; mais l'empreinte de leurs ondulations reste dans des sillons qui vieillissent la figure. On voit se produire l'aspect de l'étonnement et du chagrin, sans l'émotion correspondante. L'articulation des mots est modifiée par tous ces mouvements ». Le plus souvent, l'athétose est très marquée et donne des grimaces grotesques et violentes, qui s'exagèrent par l'effort ou l'émotion, peuvent alors devenir épouvantables, exagérant les traits des masques de la Comédie antique. Ce sont les muscles de la région faciale inférieure qui sont les plus atteints. Les mouvements sont plus lents que dans la chorée : le muscle s'étire plus ou moins paresseusement (AUDRY). Tout cela est indolore et souvent ignoré du patient. La langue, au repos, est animée de mouvements qui augmentent quand le sujet veut la tirer hors de la bouche. Elle se tord alors et s'agite en tous sens. Rappelons, en passant, que l'athétose double ne rétrocède jamais : le sommeil seul fait disparaître les mouvements, et encore pas dans tous les cas. En dehors de ces périodes de répit, ils persistent dans les membres et la face pendant de très longues années sans jamais guérir.

Dans les *chorées*, les muscles de la face peuvent s'agiter d'une façon continuelle, modifiant la physionomie qui exprime la joie ou la terreur, qui grimace, qui pleure, et qui rit ensuite à quelques minutes d'intervalle. En outre il se produit des clignements des paupières, des roulements d'yeux, puis le malade fait la moue ou tire la langue : la face est dans une agitation continuelle. C'est ce qui se passe, par exemple, dans la *chorée de Sydenham*, et dans la *chorée gravidique*. Dans la *chorée chronique* d'HUNTINGTON les mouvements sont plus lents et moins étendus; ils débutent généralement par la face, le patient faisant une série ininterrompue de grimaces.

Dans la *chorée dite de Bergeron*, la face est secouée de spasmes plus ou moins rythmiques : nous avons exposé ailleurs les raisons qui nous font croire que cette maladie n'existe pas et qu'il s'agit purement et simplement d'hystérie.

Dans la *chorée de Dubini*, les secousses, analogues à des commotions électriques, existent à la face. On se souvient qu'il s'agit d'une affection mortelle, dont la natune est fort peu connue.

Dans le *paramyoclonus multiplex*, l'intégrité de la face avait été regardée, d'après FRIEDREICH, comme un signe pathognomonique : mais, en réalité, on sait que la face peut être intéressée par les secousses, au même titre que les autres parties du corps, lorsqu'il y a extension un peu considérable des manifestations spasmodiques. Les lèvres prennent des expressions diverses simulant le dégoût, la répulsion elles se ferment convulsivement en enserrant la langue. La commissure labiale est entraînée vers l'oreille, les paupières battent, etc. (LEMAIRE). Le frontal, le masséter, le zygomatique peuvent participer aux accès. Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce point, car il faudrait décrire ici le paramyoclonus, pour indiquer les caractères de l'affection et c'est hors de notre sujet.

Nous laissons également de côté la *myoclonie* en général, car c'est un symptôme qui veut dire convulsion musculaire clonique et ce n'est pas un syndrome clinique (MEIGE et FEINDEL). VANLAIR, parmi les myoclonies, distingue une myoclonie faciale, qu'on doit pouvoir démembrer et diviser entre les syndromes divers que nous passons en revue.

La *maladie de Little*, dans les premières années, a, dans sa séméiologie, des troubles faciaux. La face est immobile au repos, mais quand on adresse la parole à l'enfant, l'expression de son visage se modifie lentement et quelquefois contradictoirement, avec des grimaces spasmodiques (DÉJERINE).

Chez quelques sujets atteints de *maladie de Friedreich* on trouve des secousses des ailes du nez, des lèvres, des grimaces, des battements des paupières lorsqu'ils veulent exécuter un mouvement même simple. Il existe une instabilité choréiforme : toutes les parties du corps sont toujours en mouvement et les mouvements partiels de la face se combinent aux mouvements d'ensemble du tronc et des membres.

Le *tabes* enfin peut, mais tout à fait rarement, donner de l'ataxie de la face : mouvements anormaux des muscles des lèvres et de la face pendant la parole,

le rire ou la préhension des aliments : la mimique devient très grimaçante. Ces mouvements n'existent pas au repos et s'associent toujours aux mouvements volontaires.

IX

Au cours du *tétanos*, après le trismus et la raideur de la nuque, apparaît la contraction des muscles de la face qui attirent les commissures des lèvres en dehors, relèvent les ailes du nez, plissent le front, ouvrent les orbiculaires : ce masque fixe, avec mobilité des yeux, représente ce qu'on dénomme le rire sardonique ou cynique. Cette contracture est permanente, mais il s'y ajoute des crises spasmodiques intermittentes. Dans la forme que Rose a décrite sous le nom de tétanos céphalique avec paralysie faciale et qui relève d'une lésion dans le domaine des nerfs crâniens, les traits de la face sont altérés par contracture des petits muscles du côté où siège la blessure et la paralysie. Pour expliquer cette contracture du côté de la paralysie, on peut admettre que l'impulsion volontaire ne se transmet pas suffisamment par les nerfs atteints aux muscles de la périphérie, tandis que l'agent tétanique est au contraire assez puissant pour surexciter les noyaux d'origine du facial et déterminer des contractures dans les muscles qui ne réagissent plus à la volonté. Le tétanos, dit Giuffré (*Lo Sperimentale*, 1887), agit dans ces cas comme l'électricité, qui détermine des secousses dans les muscles paralysés.

« Chez les nouveau-nés tétaniques, le front est plissé, les yeux presque constamment fermés ; les commissures labiales sont tiraillées par de perpétuels mouvements convulsifs des joues ; les lèvres, très rapprochées, font une saillie en avant en forme de trompe » (Renault).

Les accès de *rage* s'accompagnent aussi de spasmes de la face, accompagnant ceux du pharynx et des autres muscles en général.

La *tétanie*, lorsqu'elle touche la face, entraîne diverses expressions de physionomie en rapport avec les muscles en jeu. Il y a des contractures par accès : quelquefois, au début, les paupières sont animées d'un battement rapide et imperceptible et le sujet éprouve la sensation que les objets sautillent devant ses yeux. La figure peut devenir grimaçante, on a même noté le rire sardonique ; les paupières se ferment à demi. Le spasme des petits muscles du menton produit le plissement de la peau de la région.

En percutant le nerf facial au-dessous de l'apophyse zygomatique, on obtient une secousse brusque au niveau de la commissure labiale et de l'aile du nez, quelquefois dans le frontal. Un frôlement de la peau suffit parfois à produire cette réaction qu'on désigne sous le nom de signe de Chvostek.

Les *méningites cérébrales aiguës* fournissent comme symptômes des convulsions localisées, parmi lesquelles les spasmes faciaux, les mouvements de succion, le clignotement des paupières, la contracture plus ou moins durable se rencontrent, absolument comme dans la *méningite tuberculeuse* et la *méningite cérébro-spinale épidémique*. Fort souvent, les patients font des grimaces multiples, ont du froncement des sourcils ou présentent du rictus sardonique comme dans le tétanos. La *sclérose latérale amyotrophique* est aussi capable de provoquer ce rire sardonique.

Au cours des *paralysies pseudo-bulbaires*, la face est inexpressive, du moins en ce qui concerne sa moitié inférieure dépendante du facial inférieur. Mais vienne une occasion futile de pleurer ou de rire, les traits se contractent violemment, le rire ou le pleurer deviennent spasmodiques : le patient ne peut plus s'arrêter et la physionomie garde ainsi une expression outrée tant que dure ce spasme (Bechterew, Brissaud). La pathogénie de cet état de spasticité, à l'occasion des émotions, ne peut trouver sa place ici, même très succinctement.

La *maladie de Thomsen* consiste, on le sait, en ce que, lors d'un mouvement volontaire, les muscles mis en jeu pour exécuter ce mouvement restent contractés plus longtemps que le sujet ne le veut. Après les muscles des membres, c'est dans ceux de la face que se produit le plus souvent cette anomalie de la contraction. Après un éternûment violent, par exemple, les paupières demeurent fermées. Dans la mimique faciale, la physionomie reste figée dans une expression qui ne correspond plus au sentiment intérieur (Pitres et Dallidet.)

Eulenburg décrit une affection analogue, la *paramyoclonie congénitale*, où de la rigidité musculaire se produit sous l'influence du froid et immobilise les individus pendant assez longtemps. L'orbiculaire des lèvres et celui des paupières sont particulièrement touchés dans cette maladie.

Rappelons que, dans la *maladie de Basedow*, le signe de von Graefe, défaut de synergie entre les mouvements du globe oculaire et les mouvements de

la paupière supérieure, dépend probablement d'un spasme tonique du releveur de la paupière. Dans ce même goître exophtalmique, le tremblement des paupières est très fréquent (THOMSEN). Quelquefois on observe des mouvements choréiformes de la face. Nous ne pouvons insister, bien que cette énumération sans commentaires des maladies où l'on rencontre des spasmes faciaux ne laisse pas d'être fort sèche, mais nous devons nous borner.

On vient de lire le mot de tremblement ; il se rapproche beaucoup en effet du spasme, et à ce propos, on se souviendra, lors du diagnostic d'un spasme facial, que dans la *névrose trémulante* (tremblement sénile, héréditaire, névropathique) les lèvres semblent marmotter constamment, que dans la *paralysie agitante* il y a une trémulation des lèvres qui produit le mouvement de lapin et que les paupières tremblent aussi dans certains cas, que les *paralytiques généraux* ont un tremblement des lèvres et des zygomatiques, exagéré par les mouvements, comme chez *les pellagreux*, que *les alcooliques* présentent de fines trémulations des zygomatiques et des élévateurs de l'aile du nez quand ils rient ou parlent, que le *tremblement mercuriel* s'annonce par des secousses faciales et labiales, que, dans *la typhoïde, l'erysipèle, la variole,* on voit, dans les formes graves, des mouvements fibrillaires des lèvres, que ZILGIEN, chez des ouvriers tenant une machine qui imprimait une vibration intense aux objets environnants, a signalé un *tremblement professionnel,* mécanique, qui peut se manifester à la face (DEJERINE).

Le masque si spécial de la *maladie de Parkinson* dépend de la rigidité des muscles faciaux, avec plissement du front.

La motilité est atteinte dans certains cas de *migraine* : ce peuvent être des tremblements, des secousses convulsives dans les muscles du côté malade. Le sourcil est plus élevé que l'autre ; la figure prend une expression grimaçante et asymétrique par l'action prédominante des muscles du côté atteint. « S'agit-il de spasmes provoqués par une irritation passagère du noyau ou du tronc du facial par le trouble circulatoire migraineux ou de spasmes réflexes répondant à l'irritation des voies sensitives ? Les deux hypothèses sont également plausibles. » (MEIGE).

Chez *les paralytiques généraux* qui ont de la rigidité musculaire, le visage participe à cette rigidité : le masque est comme figé parfois, et s'il s'anime ce n'est que pour être agité de grimaces convulsives. Nous noterons, dit TRENEL, un véritable blépharospasme qui se produit dès qu'on veut examiner les yeux du malade. Chez d'autres, la musculature de la face, outre les tremblements fibrillaires qui sont la règle, présente de véritables secousses musculaires irrégulières, donnant à la physionomie les expressions les plus diverses, variables d'un instant à l'autre, différant des deux côtés de la figure ; les pleurs, le rire sardonique, la terreur, les grimaces s'y succèdent. Cliniquement, c'est la véritable chorée de la face.

En ce qui concerne diverses affections locales dépendantes de l'ophtalmologie, on doit savoir que le spasme clonique de l'orbiculaire palpébral peut relever des inflammations de la conjonctive, et que du spasme tonique parfois très énergique se rencontre dans ces mêmes *lésions de la conjonctive* et également dans celles *de la cornée.*

Le spasme de l'orbiculaire chez les *horlogers* et les *micrographes* pourrait peut-être être assimilé à un spasme fonctionnel, du genre de la crampe des écrivains. (COHN) Crampe fonctionnelle aussi l'élévation des sourcils et l'occlusion des yeux que DUCHENNE décrit chez un de ses malades, à qui cela arrivait dès la moindre lecture et ce, à la suite d'études excessives et nocturnes.

BERNHARDT a attiré l'attention en 1902 sur un spasme facial dans lequel il signale, comme particularité anormale, la présence de mouvements fibrillaires limités à la région spasmodique. Ce serait là un syndrome nouveau, contracture tonique primitive des muscles innervés par le facial avec mouvements fibrillaires incessants, sans effet de locomotion, dans quelques-uns des muscles contracturés. Ce sont des vagues musculaires ne provoquant d'autre déplacement que celui de la peau sus-jacente et ressemblant à la *myokymie* de KNY (1888) et de SCHULTZE (1894) MEIGE croit que ce n'est point là un syndrome inédit, mais que ces trémulations font généralement partie intégrante du spasme facial vrai dont il a été question au début.

Nous n'avons pas, dans cette rapide revue, la prétention d'être complet. Les *intoxications* doivent, par exemple, amener souvent des spasmes de la face, ainsi l'*ergotisme,* ainsi l'empoisonnement par la *strychnine* où le visage convulsé est comme grimaçant, mais sans le rire sardonique du tétanos (ERNEST LABBÉE) Nous ne les passerons pas en revue ; nous n'insisterons pas non plus sur ce fait que dans les diverses

épilepsies, dans l'*urémie*, l'*impaludisme*, l'*éclampsie*, dans les *convulsions* de tout ordre, il existe des spasmes faciaux accompagnant l'ensemble des phénomènes généralisés.

En terminant, nous rappelons que le côté de la face qui est paralysé dans l'*hémiplégie vulgaire* peut être envahi plus tard par la contracture secondaire, absolument comme les membres : c'est une éventualité fort rare et, dans la règle, la face ne participe aucunement à cette contracture. Quand on la rencontrera, il ne faudra pas néanmoins la confondre avec telle ou telle des contractures dont nous avons dû parler chemin faisant.

Il est probable qu'au cours de cette étude, des causes plus ou moins inhabituelles de spasmes de la face ont dû nous échapper. Au moins trouvera-t-on dans cet article les points principaux du sujet : les descriptions symptomatiques y ont été écourtées à dessein. On les étudiera dans les monographies concernant chaque espèce et chaque variété. Ici, c'est surtout les causes et les rapports des variétés de spasmes entre elles qu'on a envisagés, mais même pour cette seule façon d'envisager la question, on a dû être fort concis ; la multiplicité des faits à exposer ne permettrait pas de s'y étendre davantage, sans sortir des limites d'un article ordinaire. En outre, la thérapeutique n'ayant aucun droit en l'espèce d'être symptomatique (et cela se passe de démonstration), on comprendra qu'il n'en soit point question, car les spasmes faciaux ne sont précisément et essentiellement que des symptômes, et c'est la notion qui doit naturellement ressortir de tout l'exposé qu'on a lu.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Dans sa séance du 27 mai dernier, le **Conseil de l'Université** a décidé que les cours, conférences et travaux pratiques des Facultés vaqueront le mardi 13 juin (congé de la Pentecôte) et le lundi 26 du même mois (fête de Lille).

— Des **Concours** s'ouvriront à la Faculté : Pour un emploi de **chef de clinique ophtalmologique**, le lundi 10 juillet 1905, à neuf heures du matin ; Pour un emploi de **chef de clinique chirurgicale**, le lundi 23 octobre 1905, à neuf heures du matin.

Conditions du Concours. — Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté du 26 juin au 5 juillet pour le clinicat ophtalmologique, du 9 au 18 octobre pour le clinicat chirurgical, et déposer en s'inscrivant une expédition de leur acte de naissance et le diplôme de docteur en médecine.

Est admis à concourir tout docteur en médecine, de nationalité française, âgé de 35 ans au plus. (art. 3 de l'arrêté du 1er octobre 1896). Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice ; en outre, le chef des travaux anatomiques, le prosecteur d'anatomie, le préparateur d'anatomie pathologique ne pourront cumuler leurs fonctions avec celles de chef de clinique. La durée des fonctions de chef de clinique est fixée à un an ; la nomination pourra être prorogée trois fois, et pour une année chaque fois, sur la demande du professeur. — Le traitement annuel est de 1.200 francs.

Nature des Epreuves. — Les épreuves du concours consistent : *a*. Pour l'emploi de chef de clinique ophtalmologique 1° En une composition sur un sujet d'anatomie et de pathologie oculaire ; 2° En une épreuve clinique orale de 15 minutes sur un ou deux malades, au choix du jury. après une demi-heure d'examen et de réflexions ; 3° En une épreuve orale d'optique physiologique de 10 minutes, après 10 minutes de réflexion ; 4° En appréciation des titres antérieurs et des travaux des candidats ; *b*. Pour l'emploi de chef de clinique chirurgicale 1° En une composition sur un sujet d'anatomie et de pathologie externe ; 2° En une épreuve clinique orale de 15 minutes sur un ou deux malades, au choix du jury, après une demi-heure d'examen et de réflexion ; 3° En une épreuve de médecine opératoire ; 4° En appréciation des titres antérieurs et des travaux des candidats.

Attributions. — Les attributions de chef de clinique sont les suivantes : 1° Aider le professeur dans l'enseignement, les exercices et les démonstrations cliniques, les recherches de laboratoire ; 2° Exercer les élèves, sous la direction du professeur, à l'examen des malades et aux divers procédés d'investigation propres à établir le diagnostic des maladies ; 3° Suppléer le professeur dans les visites hospitalières en cas d'empêchement momentané, et notamment dans les contre-visites du soir.

N. B. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er novembre 1905.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 440. Neuvième Année. N° 25. Le Numéro : **10** centimes 18 Juin 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1[er] janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Etat actuel de la question de l'ankylostomiase dans la région du Nord

par le docteur **E. François,**

médecin attaché à la commission d'enquête

I

L'enquête qui se poursuit en France depuis un an sur l'*anémie des mineurs* ou *ankylostomiase* sera bientôt terminée, et ce n'est plus un secret pour personne qu'elle a révélé la bénignité relative du mal dans le bassin houiller du Nord et du Pas-de-Calais.

Les cas observés ne sont pas très nombreux (1) ; une grande partie d'entre eux ont été importés, c'est-à-dire qu'ils se rapportent à des mineurs qui ont contracté le ver à l'étranger, dans des puits notoirement infectés ; la plupart sont sans gravité. Quelques-uns, toutefois, ont été rencontrés çà et là, dont la symptomatologie très accentuée pouvait faire craindre pour la vie du malade. Quand bien même ces derniers viendraient tous du dehors, ils n'en constituent pas moins la preuve vivante de la réalité d'une affection, que plusieurs médecins contestaient, et dont certains parlent encore avec cette suffisance et cette ironie qui ne sont pas toujours la mesure de l'esprit et du savoir. De tels cas sont de nature à rendre circonspect pour l'avenir : car rien ne prouve que leur éclosion ne puisse un jour se produire chez nous, en l'état actuel de nos mines, malgré les conditions généralement assez bonnes du travail, malgré les heureux changements apportés dans l'exploitation, au cours des vingt-cinq années qui viennent de s'écouler (1). Ces modifications créent pour le parasite un milieu nouveau, auquel il n'est pas impossible qu'il s'adapte peu à peu en reprenant de la virulence. Et d'ailleurs l'importation de variétés plus redoutables est toujours à craindre.

Selon nous, l'ankylostomiase existe chez les houilleurs depuis qu'il y a des houillères. Nous avons des

(1) Personnellement, nous avons trouvé 160 cas pour 4.000 mineurs examinés. Ce n'est pas négligeable, surtout si l'on considère que nous voyons seulement 20 0/0 des ouvriers du fond.

(1) Il y a trente ans, les mineurs — il n'est pas superflu de le rappeler ici — descendaient par des échelles à quelques cents mètres sous terre, et subissaient ainsi une grande déperdition de forces avant de se mettre au travail. Le surmenage en faisait un excellent terrain pour le développement d'une affection parasitaire.

raisons de croire à la reproduction indéfinie du ver sous forme de larves dans les galeries souterraines, et nous sommes convaincu, en raison de la démonstration désormais acquise de la pénétration fréquente de celle-ci par la peau, que, dans le passé, bien des indispositions ou des affections sérieuses, qui ont été attribuées à d'autres causes, lui étaient imputables. Aussi, sans vouloir faire le péril plus grand qu'il n'est, pensons-nous qu'il y a pour les médecins des charbonnages un réel intérêt à connaître la maladie. C'est ce qui nous a déterminé à écrire cet article de vulgarisation, en nous efforçant de résumer d'une manière aussi claire et concise que possible, les notions éparses dans une foule de travaux français et étrangers, et en nous inspirant surtout du savant et utile ouvrage que MM. Calmette et Breton viennent de publier (1).

Ce dernier, œuvre de science et d'érudition, de sens pratique et de prévoyance, renferme de précieux enseignements relatifs à l'*Hygiène sociale*, cette application étendue et féconde des découvertes de l'Ecole pastorienne dont Duclaux développait naguère si brillamment le programme (2). Il a été dicté par le même sentiment d'altruisme, qui a conduit l'Institut Pasteur de Lille à se charger de la préparation et de la direction d'une enquête que la prophylaxie imposait, en raison de l'état des choses dans les charbonnages étrangers, mais que l'esprit public, le scepticisme et la routine rendaient difficile et périlleuse en France. C'est pourquoi le livre ne peut pas se séparer facilement de l'entreprise, et nous croyons devoir dire encore ici quelques mots de la seconde.

Décidée par le Ministère des Travaux publics sur une proposition de loi de M. Basly, député, conduite d'une manière plus officieuse qu'officielle, il ne fallait rien moins qu'une vigoureuse initiative pour que l'enquête pût aboutir. Si l'on veut bien se rappeler l'opinion courante sur la mentalité de l'ouvrier français, son insouciance de ce qui touche à la santé tant qu'il n'est pas obligé de cesser le travail, son imprévoyance, son impatience de tout ce qui le gêne, en dehors des nécessités de son métier, où il est généralement sans reproche comme sans peur, on comprendra quelles difficultés il y avait à craindre de ce côté. Si l'on veut bien considérer que nos confrères des mines, nullement préparés à dépister l'ankylostomiase, dont il n'est guère question dans les traités classiques de pathologie, en niaient, pour la plupart, l'existence, et se trouvaient presque en droit de se plaindre d'une sorte d'intrusion dans leur domaine, on apercevra un nouvel obstacle. Enfin, si l'on réfléchit aux puissants intérêts en jeu, ceux des Compagnies, qui pouvaient être compromis par des menaces de grève, ou franchement atteints, d'abord par des arrêts partiels et momentanés de l'exploitation au cours des recherches, puis dans la suite par des mesures onéreuses édictées contre une affection dont on ignorait alors la relative bénignité, on verra à quelles oppositions l'enquête était exposée à se heurter.

(1) L'*ankylostomiase*, par Calmette et Breton, Paris, chez *Masson*, 1905.

(2) L'*hygiène sociale*, par Duclaux, Paris, chez *Alcan*, 1902.

Nous avons donné tout à l'heure une idée d'ensemble sur ses résultats. Il ne nous appartient point et ce n'est pas ici le lieu d'entrer, à ce sujet, dans de plus longs développements. Aussi, après ce préambule nécessaire, nous passons à une définition.

Qu'est-ce que l'ankylostomiase? C'est une maladie parasitaire, caractérisée par des troubles gastro-intestinaux et des symptômes d'anémie plus ou moins grave, pouvant aboutir à la cachexie et à la mort. Elle est causée par la présence, dans l'intestin grêle, spécialement le duodénum, d'un nombre parfois considérable de petits helminthes appartenant à l'espèce *ankylostomum duodenale* ou *uncinaria duodenalis*, ordre des *nématodes*, famille des *strongylidés*.

Ces vers, sexués, ont une longueur variant entre 10 et 18 millimètres, et le mâle est plus petit que la femelle. Le premier présente à son extrémité caudale une sorte d'entonnoir membraneux soutenu par des épaississements en forme de rayons : on désigne celui-ci sous le nom de *bourse copulatrice*, car il sert à l'accouplement, qui se fait en croix, la vulve de la femelle étant située à peu près à mi-corps. Tous deux possèdent une bouche infundibuliforme, armée de dents, au moyen de laquelle ils se fixent à la muqueuse intestinale pour en sucer le sang, ainsi qu'un tube digestif, des organes génitaux et des glandes, contenus dans une enveloppe chitineuse, épaisse et striée transversalement. Après l'accouplement a lieu la ponte.

Le nombre des œufs est généralement proportionnel à celui des parasites. Souvent, on en trouve seulement un ou plusieurs dans une préparation micros-

copique ayant deux centimètres carrés de surface, faite avec une parcelle de matières fécales ; mais on en peut compter jusqu'à cent et davantage. Le ver adulte ne se rencontre jamais à l'état libre ; il ne vit que dans l'intestin de son hôte, et il ne l'abandonne que sous l'action des anthelmintiques les plus énergiques : on le voit alors au milieu des selles, où il est mort. Il représente le stade ultime et parasitaire d'une larve, dite *rhabditoïde*, puis *strongyloïde*, suivant le moment et la caractéristique de son évolution, qui naît, se nourrit, se développe et se meut en dehors de tout organisme. Elle provient elle-même des œufs, rejetés à l'extérieur avec les excréments humains. Elle constitue un véritable petit nématode, pourvu d'organes rudimentaires — sauf la bouche et deux renflements musculeux, pharyngien et œsophagien, qui, pendant un certain temps, apparaissent avec une grande netteté —, ayant une longueur variant de deux à six dixièmes de millimètre, et doué de mouvements très actifs.

Nous ne pouvons entrer dans tous les détails de structure du parasite, ni dans toutes les particularités de sa biologie, dont quelques points obscurs ou controversés nous semblent définitivement élucidés et fixés par l'accord des recherches de MM. CALMETTE et BRETON avec celles des savants étrangers les plus autorisés : depuis DUBINI, qui découvrit l'ankylostome en 1838, jusqu'à Looss et, après lui SCHAUDINN, qui démontrèrent récemment la possibilité de la pénétration des larves par la peau, en passant par BILHARS et GRIESINGER, WUCHERER, PERRONCITO, STILES, LEICHTENSTERN, KUBORN, HERMAN, TENHOLT, MALVOZ et LAMBINET. Nous n'en retenons ici que les notions les plus essentielles.

Les œufs ont besoin, pour éclore, d'un milieu humide et un peu consistant, pâteux, comme le mélange des excréments à la terre ou à la fine poussière de charbon, comme la boue et la vase (1). Mais cette éclosion n'est possible que dans certaines conditions de température : de quinze à trente-cinq degrés, limites extrêmes, avec maximum de résultat entre 20 et 30. La larve éclose ne peut vivre également qu'à ces températures, et la dernière (30°) est celle qui lui convient le mieux, son développement complet ne s'effectuant que difficilement au-dessous de 20°. Il lui faut, de plus, de l'air et de l'eau. Pourtant, lorsqu'elle est parvenue à son dernier stade, dit d'*enkystement*, caractérisé par la présence d'une gaîne transparente et flexible, au sein de laquelle elle peut s'étirer et se rétracter, elle possède une certaine résistance à la dessiccation. Personnellement, nous en avons vu revivre de telles sous le microscope, par addition d'un peu d'eau, au milieu d'échantillons de boue larvifère que nous avions recueillis au fond d'une mine, et que nous conservions depuis deux mois dans des boîtes métalliques fermées. En revanche, la dessiccation à l'air libre, sur une lame de verre par exemple, les tue irrémédiablement en peu de temps, parfois en quelques heures (LAMBINET, CALMETTE et BRETON) : nous avons nous-même réalisé plusieurs fois cette expérience. Si la lumière directe du soleil les détruit (LAMBINET), il n'en est pas de même de la lumière diffuse, puisque nous en avons trouvé de vivantes et d'actives dans l'eau claire d'un petit flacon de verre ordinaire, qui était resté trois mois sur notre table de recherches microscopiques. CALMETTE et BRETON ont observé des faits analogues. D'ailleurs, nous en avons découvert, en été, dans de la terre de jardin et dans l'écorce humide et pourrie du pied de quelques arbres, au voisinage des puits miniers, en même temps que nous rencontrions un autre nématode de taille plus grande : le *rhabditis terricola* (RAILLET). Il y a même lieu de se demander, pensons-nous, si le *rhabditis Niellyi* et le *rhabditis pellio* (RAILLET) ne seraient pas, le premier la larve, le second une forme de l'état adulte de l'ankylostome. Dans le dernier cas se trouverait vérifiée l'opinion de SANDWITH et GILES, qui croient à la maturation complète du ver en dehors de l'organisme. Disons toutefois que CALMETTE et BRETON n'ont pu la réaliser en variant les milieux de culture, pas plus qu'ils n'ont réussi à provoquer le développement de l'helminthe chez d'autres animaux. Nous basant sur quelques recherches personnelles, nous serions plutôt porté à admettre, sans pouvoir l'affirmer, la réalité d'un mode de reproduction parthénogénétique ou peut-être même sexuée par le moyen de la larve elle-même vivant à l'état libre, comme celui qui a été décrit pour la fameuse anguillule stercorale de NORMAND et BAVAY.

(1) Nous en avons vu éclore parmi des matières fécales, conservées seules ou additionnées d'un peu d'eau. Mais les larves ne tardent pas à périr dans ce milieu putride.
Le mélange des selles avec la terre ou la poussière de houille donne bien souvent un résultat négatif. Le meilleur milieu de culture est celui de Looss : une partie d'excréments pour deux parties de noir animal, avec addition d'un peu d'eau (voir CALMETTE et BRETON).

II

Tel est donc l'agent de la maladie. Comment pénètre-

t-il dans l'organisme humain, et pourquoi sévit-il plus particulièrement chez les ouvriers des charbonnages? A cette dernière question se rattache celle de la distribution géographique de l'ankylostomiase, qui n'est spéciale aux mineurs que dans nos climats tempérés, où les galeries souterraines réalisent, d'une manière plus égale que tout autre milieu, les conditions de température et d'humidité nécessaires à sa production. Elle règne, en d'autres pays, à la surface du sol, à l'état endémo-épidémique, et y prend les proportions d'un véritable fléau. CALMETTE et BRETON publient une carte où la répartition, aujourd'hui connue, apparaît clairement au regard : partie méridionale de l'Amérique du Nord et partie septentrionale de l'Amérique du Sud (Brésil notamment), côtes occidentales et orientales de l'Afrique (Sénégal, Madagascar, Egypte), Est et Sud de l'Asie (Japon, Inde, Indo-Chine, Siam, Bornéo et Java), Océanie (portion est de l'Australie). C'est elle qui semble donner lieu, dans les régions tropicales, à l'*anémie pernicieuse*, à l'*hypohémie* et à *l'opilacao*, au *panighao* ou *water-sores*, au *pica* ou *géophagie*. En Italie, elle est commune chez les cultivateurs de rizières, les briquetiers et les ouvriers des solfatares.

En Allemagne, en Belgique, en Angleterre et en France, la symptomatologie et la localisation de l'ankylostomiase lui ont valu le nom d'*anémie des mineurs*. Ici se pose une question de doctrine. En 1876, la société de médecine de Saint-Etienne couronnait un mémoire portant précisément ce titre, écrit par le docteur MANOUVRIEZ (de Valenciennes). L'auteur, après avoir présenté un excellent travail historique, clinique et étiologique, sur l'étrange maladie qui avait sévi à plusieurs reprises à Anzin et un peu partout, depuis la première manifestation étudiée en 1803-04 par PINEL, CHAUSSIER et surtout HALLÉ, concluait à « une intoxication due aux vapeurs de divers dérivés de la houille (1) ». A cette époque, le nématode qui nous occupe était peu connu. Quelques années plus tard, en 1879, éclatait la redoutable épidémie qui décima le personnel occupé au percement du Saint-Gothard. Plusieurs savants italiens : PERRONCITO, CONCATO, BACCELLI, BOZZOLO et PAGLIANI, GRASSI et PARONA, s'occupèrent d'en rechercher la cause. PERRONCITO l'attribua franchement à l'ankylostomiase, dont il fit une étude morphologique et biologique remarquable. Son opinion prévalut. Au cours des discussions intervenues, le mot d'*ankylostomiase* avait été créé par BOZZOLO ; mais le terme d'*anémie du tunnel* resta. A partir de 1880 jusqu'aujourd'hui, les observations et les recherches se multiplièrent de divers côtés, et l'on ne tarda pas à découvrir le ver chez des ouvriers du fond dans plusieurs charbonnages. Comme ils présentaient à peu près les mêmes troubles que les malades du Saint-Gothard, l'*anémie du tunnel* devint l'*anémie des mineurs*. Devaient-elles être entièrement assimilées entre elles, et identifiées avec l'affection ancienne si bien décrite par MANOUVRIEZ ? Relativement au premier point, l'accord est presque unanime : sous cette réserve que, s'il y a bien parmi les mineurs une anémie ankylostomiasique, on en rencontre d'autres ayant une origine toute différente. En ce qui concerne le second, deux opinions contraires et irréconciliables se sont affirmées récemment, plaidées devant l'Académie de médecine avec une égale chaleur et une pareille richesse d'arguments (1). L'une nie la valeur étiologique de l'helminthe, et, par conséquent, ne reconnaît entre lui et la maladie des houilleurs, dans le passé comme dans le présent, aucune relation de cause à effet (FABRE) ; l'autre, très préoccupée de l'existence du parasite et de l'importance qu'il a su prendre, n'hésite pas à lui attribuer tous les torts, actuels et anciens (MANOUVRIEZ). Nous basant sur les analogies cliniques, nous sommes portés à admettre que l'ankylostome habitait les galeries de certaines houillères avant les recherches de PERRONCITO, et même avant la découverte de DUBINI. Ce serait aussi la manière de voir de MM. CALMETTE et BRETON. Mais ces auteurs, devant l'impossibilité d'une preuve rétrospective par le microscope, concilient les deux thèses en accordant une grande place dans la production du mal aux causes *favorisantes*, et en établissant une distinction entre les *porteurs de vers* (Wurmträger des Allemands) et les *malades du ver* (Wurmkranken) : autrement dit, les *ankylostomisés* et les *ankylostomasiques*. Le rapport des seconds aux premiers serait en Allemagne de 20 0/0, en France de 5 0/0 seulement.

« Le terrain et la graine, écrivent-ils, sont ici, comme » dans toutes les infections, deux facteurs d'égale » importance. Si la graine (la larve) vient à pénétrer » dans l'intestin de sujets résistants, elle peut y ger-

(1) L'*anémie des mineurs*, Paris, chez *Baillère*, 1878.

(1) *Comptes-rendus de l'Académie*, communication de FABRE (de Commentry), 19 avril 1904.

Ibidem, communication de MANOUVRIEZ (de Valenciennes), 3 mai 1904.

» mer sans qu'il en résulte de troubles pathologiques » apparents. Si le terrain est débilité par toutes sortes » de causes extrinsèques et intrinsèques, elle s'y » implantera, au contraire, en produisant tous les » symptômes d'une maladie chronique à allures » menaçantes pour la vie de l'individu ».

Ces causes intrinsèques et extrinsèques peuvent déterminer à elles seules certaines formes d'anémie réelle ou apparente, car sur cent mineurs soixante environ ont le teint blême. Ce sont, d'après une statistique personnelle basée sur l'examen clinique de cinq cents d'entre eux, en dehors de l'étude microscopique des selles : les excès de boissons, très fréquents, avec les accidents gastro-intestinaux consécutifs, dilatation de l'estomac, congestion du foie, mauvaises digestions (1) ; les troubles cardiaques, circulatoires et respiratoires, assez communs, dus à la dépression atmosphérique que détermine l'usage de ventilateurs puissants dans les galeries minières, ainsi qu'à l'encombrement des alvéoles pulmonaires par la fine poussière de charbon qu'on y respire partout ; le rhumatisme, avec ses lésions valvulaires ; moins fréquemment, la tuberculose et la syphilis ; plus rarement encore, l'appendicite, le mal de Bright, l'ulcère rond et le cancer ; enfin, relativement à certaines conditions fâcheuses de l'exploitation, la déglobulisation et la délibitation consécutives à un labeur pénible, dans quelques chantiers situés parfois à trois et quatre kilomètres du puits d'entrée d'air, et partant mal ventilés, humides et chauds ? (2)

III

Comment les ouvriers du *fond*, les seuls jusqu'à présent qu'on ait trouvés porteurs du ver, se contaminent-ils? Nous devons, à ce sujet, entrer dans certains détails sur leurs habitudes professionnelles : question qui n'a pas été négligée par MM. Calmette et Breton, et à laquelle ils ont consacré plusieurs de leurs plus intéressantes pages.

Il est cinq heures du matin. Les mineurs se dirigent d'un pas pressé vers la fosse : ils viennent par bandes de tous les points de l'horizon, et l'on en trouverait au milieu d'eux qui ont déjà fait des kilomètres à pied. Ils sont vêtus du pantalon et de la blouse de toile bleue, serrés au ventre par un ceinturon, auquel sont suspendus le sac (la malette), qui renferme le déjeuner (le briquet), ainsi que le bidon de café clair mêlé ou non d'eau-de-vie, dont ils font leur boisson pendant le travail. Ils portent sur la tête le lourd chapeau de cuir à large bord, destiné à amortir les chocs, quand le front se bute, dans la nuit souterraine, contre les solives des galeries basses. Ils courent à la lampisterie, où la lampe de chacun se trouve préparée d'avance, puis vont prendre leurs outils. Les voilà prêts. Il y en a généralement de 500 à 1.000, parfois de 1.500 à 2.000, à diriger vers la profondeur. La cage devant servir à les descendre les attend, suspendue au câble d'aloès, qui, rejeté audacieusement par-dessus sa luisante poulie d'acier, s'enroule plus bas sur un immense treuil, que meuvent de puissantes et délicates machines. Les ouvriers montent deux par deux ou quatre par quatre dans les wagonnets, qui sont poussés en hâte vers la cage et agencés comme des casiers. La charge se trouve au complet: seize à trente-deux hommes, suivant l'importance de la fosse. Le mécanicien, qui doit régler la descente, à raison de quatre à cinq mètres par seconde, se tient à la barre, ainsi qu'un pilote. Deux coups de cloche, au timbre plutôt sombre, résonnent. Le tout s'enfonce dans la terre, à 300, à 500, à 800, à 1.000 mètres. En deux à cinq minutes, on est au fond. A l'*accrochage*, les berlines avec leur charge humaine sont rapidement retirées, et remplacées aussitôt par d'autres pleines de houille, qui remontent au jour: car si le temps est de l'argent, il commence par être du charbon, dans les mines. Cependant, les hommes se hâtent vers le travail. Ils s'engagent dans les *bowettes*, où l'on peut marcher debout, puis dans les galeries basses, souvent mouillées, où l'on va de plus en plus courbé, pour atteindre les *chantiers à la veine* ou *fronts de taille*, que le pic entamera tout à l'heure, sous la faible clarté des lampes de sûreté accrochées aux bois de soutènement. Ils abattront du minerai presque sans relâche jusqu'à une heure de l'après-midi, moment où ils regagneront

(1) Beaucoup de buveurs, peu de vrais alcooliques, parmi les mineurs du Nord et du Pas-de-Calais. Cela tient, selon nous, à deux causes : d'abord, la sélection rigoureuse que pratiquent les médecins des compagnies pour l'embauchauge, et qui élimine les hommes chétifs, plus sensibles aux intoxications ; ensuite, l'usage d'une bière peu alcoolisée, généralement saine.

(2) L'aération se fait au moyen de deux puits : l'un servant à l'entrée de l'air en même temps qu'à l'extraction, l'autre à sa sortie après qu'il a circulé dans les galeries et les chantiers. Les ingénieurs des mines ont installé presque partout depuis vingt-cinq ans, en rapport avec le second, un ou deux ventilateurs, qui consistent en d'immenses palettes animées d'un mouvement rotatoire très rapide et agissant par aspiration.

La température moyenne est de 15° au bas du puits d'entrée d'air, de 20° dans les galeries, de 24° dans les chantiers, où elle peut atteindre — rarement — 28° et même 30°, de 22° au retour d'air général. Elle ne varie guère que de 1 à 2° suivant les saisons, si ce n'est au bas du puits, à l'accrochage, où on l'a vue descendre pendant les hivers rigoureux jusqu'à 0°.

le puits... et le plein air. Vers neuf heures du matin, ils se reposent quelques instants pour prendre une collation, manger leur *briquet*, comme ils disent, accroupis sur les talons ou assis par terre au milieu de la houille.

Ici se place un détail de la vie du mineur, très gros de conséquences, puisque sur lui repose toute la question qui nous occupe. Ces ouvriers, qui restent huit à dix heures sous terre, peuvent éprouver le besoin de s'exonérer. La chose ne les gêne guère : cela se passe là où ils se trouvent, ou pas bien loin, à cause des difficultés de la circulation au fond de la fosse. C'est ainsi que les mines s'infectent (1). Les matières fécales, mêlées à la poussière de charbon, à la terre et à l'eau, si elles contiennent des œufs d'ankylostome, peuvent se remplir de larves. Les mains, souillées par le mélange, à peu près sans odeur, deviennent des agents de contamination, en rendant possible l'ingestion du ver.

Ce moyen n'est pas le seul. MM. CALMETTE et BRETON, se basant sur les belles recherches expérimentales de Looss (du Caire), reprises et confirmées par eux-mêmes, ainsi que sur de nombreuses données cliniques (2), pensent que l'infection par la peau et la circulation est plus fréquente. Il y aurait là un exemple curieux de ce déterminisme biologique, qui frappe souvent l'esprit de l'observateur, dans l'histoire naturelle des parasites. Beaucoup meurent en route, parmi les larves, qui ont franchi le système cutané, et qui, entraînées par le torrent circulatoire, ont à traverser successivement le cœur et le poumon pour se rendre à leur lieu d'élection : le duodénum. Seules, celles qui atteignent l'intestin survivent, évoluent et remplissent leur destinée.

MM. CALMETTE et BRETON admettent aussi comme démontrée l'infection par le conduit respiratoire. Mais nous croyons avec eux celle-ci tout à fait exceptionnelle : car nous avons souvent cherché la larve en divers points des galeries, notamment dans le dépôt des solives du *toit*, et nous ne l'avons jamais rencontrée que sur le sol mouillé, au pied des vieux boisages, dans la vase des rigoles, dans la boue des voies, dans le crottin humide des chevaux, concurremment d'ailleurs avec l'*anguillule stercorale* et le *sclerostomum equi*. Le fait a de l'importance, parce que les deux autres modes de contamination nous semblent évitables, sans recourir à des mesures onéreuses et d'une application difficile.

IV

Nous rappellerons, à propos de la symptomatologie, la distinction qu'il convient de faire entre les *ankylostomisés* (porteurs de ver) et les *ankylostomasiques* (malades du ver). Ce qui domine chez ces derniers, ce sont les signes suivants : pâleur livide et bouffissure de tout le système cutané, avec décoloration des muqueuses ; douleur vive, même angoissante, qu'elle soit spontanée ou provoquée, au creux épigastrique, souvent avec conservation ou exagération de l'appétit, malgré les nausées qui peuvent suivre l'ingestion des aliments ; alternatives de constipation et de diarrhée, coliques, selles sanguinolentes ; bruits du cœur sourds ou couverts par des souffles ; pouls petit et fréquent ; dyspnée d'effort, lassitude, faiblesse musculaire, vertiges et bourdonnements d'oreilles. La formule hématologique est celle de l'infection helminthiasique en général. Elle est caractérisée par la déformation des globules rouges et la diminution de leur nombre, ainsi que celle du taux de l'hémoglobine, mais surtout par l'augmentation du chiffre des leucocytes *éosinophiles*, qui de 4 % monte en moyenne à 12 % (1). Malheureusement, ces modifications ne sont pas constantes, et ne sauraient permettre d'établir le diagnostic (2).

L'anatomie pathologique se rapproche beaucoup de celle de l'anémie pernicieuse progressive. Elle s'en distingue surtout par la présence de petites suffusions sanguines dans la muqueuse du duodénum et du

(1) Nous avons interrogé 500 mineurs, dont nous pratiquions l'examen clinique, afin de savoir quelles étaient leurs habitudes au point de vue de vue de la défécation : Un quart se soulagent chez eux, la moitié dans les berlines qu'on remplit de charbon, deux seizièmes dans les remblais ou terres rapportées destinées à combler les veines épuisées, un seizième dans les galeries abandonnées qu'on laisse s'affaisser d'elles-mêmes, un seizième dans les rigoles d'écoulement des eaux.

(2) « Dans les fosses infectées d'anémie, il s'est développé de tout » temps, et il se développe encore de nos jours, des affections » cutanées qui, bien que pouvant s'observer indépendamment de » l'anémie, paraissent avoir avec elle une certaine relation. Les » anémiques que nous avons observés en avaient tous été atteints » à plusieurs reprises. Enfin, ces accidents cutanés déterminent » souvent un retentissement sur les voies respiratoires. Ce sont : » 1° une éruption papulo-vésiculo-pustuleuse, excessivement douloureuse, siégeant aux pieds et aux mains, et d'une manière plus » générale aux parties en contact avec les eaux de filtration des » galeries ; 2° de l'urticaire tubéreuse, appelée *gourmes* par les » ouvriers, caractérisée par des nodosités rouges, indurées, s'étendant jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané. Chaque nodo» sité dure deux ou trois jours, et d'autres lui succèdent, parfois » durant quinze jours à un mois. Elles se développent sur les » parties qui se sont trouvées en contact avec l'humidité recou» vrant les blocs de houille, de douze à vingt-quatre heures après » la contamination. » A. MANOUVRIEZ, *loco citato*, p. 136.

Nous avons observé des faits analogues dans deux fosses très infectées.

(1) Voir le livre de MM. CALMETTE et BRETON.

(2) Dans une thèse très travaillée et très documentée, BRIANÇON rapporte la formule hématologique de vingt-quatre mineurs infectés : elle apparaît comme normale dans cinq cas. (*L'ankylostomiase*, thèse de Lyon, éditée à Paris, chez *Maloine*, 1905).

jejunum, réparties autour des points d'implantation des crochets des parasites qui, détachés et morts, se rencontrent en plus ou moins grand nombre au milieu du liquide intestinal (1).

Quant au diagnostic, si l'on parvient à dépister la maladie par élimination, au moyen des symptômes énumérés plus haut, ainsi que nous avons pu le faire un jour sur un ouvrier qui était soigné pour le mal de Bright, seul l'examen microscopique des selles permet de l'affirmer. Cette recherche n'est pas toujours aussi facile qu'on serait porté à le croire. On rencontre dans les matières fécales bien d'autres œufs de parasites : ascaris, trichocéphale, oxyure, ténia, bothriocéphale, anguillule, douve du foie. Il n'est pas jusqu'à des sporozoaires, comme le *coccidium bigeminum* et le *coccidium oviforme*, des infusoires, comme le *lamblia* sous sa forme kystique, qui ne soient de nature à induire en erreur par leur ressemblance avec des œufs d'helminthes. Nous ne pouvons entrer ici dans les détails de structure de ces divers corpuscules organiques. La pratique du microscope est seule capable de les faire reconnaître (2). Nous nous contenterons d'appeler l'attention sur les aspects variés que peut revêtir l'œuf d'ankylostome lui-même, qui n'est pas toujours aussi parfaitement elliptique que les auteurs le décrivent, que nous avons vu souvent tout à fait sphérique, lorsque son grand diamètre devient vertical au lieu de rester horizontal, et dont le protoplasma, rétracté et en voie de segmentation, donne parfois l'illusion d'un deuxième contour en dedans de l'enveloppe réelle, constamment nette et fine. Nous mettrons encore en garde contre certaines formes de celui d'ascaris, entièrement dépouillées de leur mucilage sombre et crénelé, et présentant comme le précédent, un contenu clair gris-argenté : le vrai caractère distinctif est alors, outre une épaisseur plus accentuée par rapport à la longueur, la présence d'un double contour, d'une double ligne, circonscrivant le protoplasma. Il peut servir également à différencier l'œuf d'oxyure, dont les extrémités sont d'ailleurs plus effilées, et dont l'un des côtés se trouve quelque peu aplati.

(1) Dans l'autopsie récente d'un mineur mort d'ankylostomiase, Briançon en a compté 1.300 à l'intérieur du duodénum seulement. (*Communication écrite à l'Institut Pasteur de Lille*).

(2) L'oculaire 1 avec objectif 4, de Stiassnie, donnent un grossissement suffisant et permettent d'explorer rapidement la préparation. L'oculaire 3 avec objectif 4, renseignent bien sur certains détails de structure. Mais, si l'on veut approfondir, il faut employer l'objectif 8.

V

La guérison de l'ankylostomiase peut se produire spontanément, en trois, cinq, dix et même quinze ans (1), par l'élimination naturelle des vers (Bentley, Sandwith, cités par Calmette et Breton). La mort subite se produit parfois. Le traitement préconisé consiste dans l'emploi de l'extrait éthéré de fougère mâle ou du thymol. Mais ces deux médicaments nous paraissent être d'inégale valeur. Dans cinq cas, avec M. le docteur Pruvost, de Raismes, nous avons administré le second à la dose de six à huit grammes, par cachets de un gramme de demi-heure en demi-heure, suivis d'un purgatif salin, sans résultat bien appréciable ; et nous devons ajouter que, malgré l'usage abondant d'infusion de fleurs d'oranger, les mineurs éprouvaient des douleurs d'estomac et de pénibles renvois après chaque ingestion. Le premier, au contraire, bien qu'encore assez désagréable pour les malades, nous a donné quatre succès dans quatre cas graves (2), où une intervention thérapeutique paraissait s'imposer d'urgence. Voici comment nous l'avons ordonné : la veille, purgatif et régime lacté ; le jour, dix grammes de l'extrait en deux fois, à trois heures d'intervalle, avec trois cents grammes d'eau chloroformée saturée par cuiller à soupe ; deux heures après la dernière dose de fougère mâle, nouveau purgatif drastique (eau-de-vie allemande) ; régime lacté et café fort (3). En somme, une médication spécifique reste encore à trouver. Elle serait désirable, car tous les auteurs reconnaissent que les anthelmintiques dont nous venons de parler échouent souvent, décourageant médecins et malades ; et notre expérience personnelle porte sur un trop petit nombre de cas, pour que nous puissions affirmer l'efficacité de la méthode qui nous a réussi.

Le nombre des ankylostomes trouvés alors dans les selles est en rapport avec celui des œufs révélés avant le traitement, par le microscope. Nous en avons compté jusqu'à mille, dans une observation que MM. Calmette et Breton ont résumée.

(1) Ce sont là des limites extrêmes. La guérison spontanée peut se faire beaucoup plus tôt, chez les individus vigoureux et réfractaires. Il est même vraisemblable que, dans certains cas, la larve ne fait que traverser le tube digestif.

(2) Le premier a été traité avec M. le docteur Lecœuvre, de Nœux-les-Mines, le second avec M. le docteur Godin, également de Nœux, les deux autres avec M. le docteur Duquesnoy, de Liévin.

(3) Nous conseillons, pour retrouver les ankylostomes, de recueillir les selles pendant vingt-quatre heures après le traitement car l'expulsion est parfois tardive.

Si telle est la difficulté de la thérapeutique, il convient de placer la lutte contre l'ankylostome sur un autre terrain : celui de l'hygiène sociale et de la prophylaxie. Nous n'entendons point par là qu'il faudra renoncer à traiter les mineurs qui auront été trouvés atteints. Nous sommes d'avis, au contraire, que, chaque fois que les symptômes présentés par un malade feront penser, à défaut d'autre diagnostic, à l'ankylostomiase, il sera nécessaire de pratiquer l'examen microscopique des selles et, si la recherche est positive, d'administrer l'extrait de fougère. Nous allons plus loin : nous pensons que, dans aucune fosse, contaminée ou non contaminée, un ouvrier ayant déjà été occupé ailleurs aux travaux du fond, ne devrait être embauché sans la production d'un certificat médical déclarant qu'il est lui-même indemne ; et nous estimons qu'il serait sage de pratiquer la révision totale des hommes dans les puits infectés, sauf à ne soigner d'office que ceux qui paraîtraient incommodés par le nématode. Mais, si nous rendons justice à la logique, à l'ingéniosité, à la ténacité avec lesquelles la lutte a été organisée en Allemagne et en Belgique, nous sommes fermement convaincu, avec MM. CALMETTE et BRETON (1), que certaines d'entre les mesures mises en pratique, par exemple la désinfection des galeries et l'installation de tinettes au fond, seraient non seulement peu commodes, mais inefficaces. Toutefois nous conseillerions, un essai limité et loyal en faveur des vestiaires et des bains-douches à la surface.

Ce qui importe le plus, c'est d'atteindre le mal à sa source même : et le plus sûr moyen d'y parvenir consiste dans l'interdiction de s'exonérer dans les profondeurs de la fosse, ainsi que dans les berlines de charbon qu'on remonte tout le jour. Evidemment, une interdiction de ce genre ne saurait être absolue, ni rigoureusement sanctionnée. Aussi, est-ce surtout par l'éducation du travailleur et par le persuasion qu'il faudrait chercher à obtenir un résultat sur ce point, de même que sur plusieurs autres relatifs à ses habitudes, à sa santé et à celle des siens. Comme moyens d'action dans ce sens, CALMETTE et BRETON proposent la création de *dispensaires d'hygiène sociale*, où les médecins des charbonnages trouveraient l'organisation nécessaire et puiseraient l'impulsion qui leur manque pour une campagne de ce genre, visant l'ankylostomiase, la tuberculose et l'alcoolisme. Ils recommandent à ceux-ci de choisir autour d'eux, parmi les mineurs, et d'instruire, afin de s'en faire des aides dévoués à l'œuvre commune, quelques hommes d'intelligence et de cœur. Nous ne saurions mieux faire que de les citer, pour clore cette étude.

« Si on veut instruire le mineur, il sera bon de » rechercher, parmi ses camarades, ceux qui savent » prendre une certaine influence sur lui, de choisir » quelques sujets intelligents, remuants, pour en » faire des *moniteurs d'hygiène*, qu'on tâcherait de » convaincre de l'importance du rôle social qu'ils » peuvent ainsi remplir... A force d'entendre répéter » les mêmes avertissements, les mêmes conseils, » par des hommes qui travaillent avec eux, parlent » leur langage et vivent de leur vie, les mineurs » finiraient par se laisser convaincre. Ils appren» draient l'hygiène, comme ils apprennent les chan» sons populaires, sans contrainte et sans effort (1). »

(1) Il faut lire, dans le livre publié par ces auteurs, le curieux chapitre où sont relatées, avec figures à l'appui, les mesures préconisées ou appliquées dans ces deux pays.

(1) *Loco citato*, p. 135.

Le lait consommé à Lille

par M. A. **Bonn**, directeur du laboratoire municipal de Lille

La ville de Lille est alimentée en lait, soit par les fermiers habitant les environs, soit par les fermiers habitant intra muros.

Il entre, journellement en ville, 91 cultivateurs et 120 revendeurs, qui apportent :

Lait pur	9.333 litres	5.318 litres par les cultivateurs 4.015 litres par les revendeurs
Lait écrémé	13.154 litres	6.462 litres par les cultivateurs 6.692 litres par les revendeurs
Lait battu	6.342 litres	2.842 litres par les cultivateurs 3.500 litres par les revendeurs

Les 91 cultivateurs sont répartis surtout dans les communes suivantes : Lesquin, Wattignies, Faches-Thumesnil, Loos, Haubourdin, Wambrechies, Marcq-en-Barœul, Mons-en-Barœul, Lambersart, Verlinghem, Ronchin, Templemars, Avelin, Vendeville, etc.

Il existe, dans Lille, 22 fermiers possédant 271 vaches, et produisant en tout 3.761 litres de lait, dont 944 sont vendus comme écrémé et 2.817 comme pur.

L'alimentation totale de la Ville est donc, par jour :

Lait pur	extra muros.....	9.333 litres	12.150 litres
	intra muros.....	2.817 litres	
Lait écrémé	extra muros.....	13.154 litres	14.098 litres
	intra muros.....	944 litres	
Lait battu	extra muros.....	6.342 litres	6.342 litres

D'après les statistiques du laboratoire, pour l'année 1904, la composition moyenne de ces laits est la suivante (résultats de l'analyse de 1.411 échantillons):

Laits écrémés	Densité à 15°	1.031.4
	Extrait sec	1.184 0/0
	Beurre	3.08 »
Laits purs	Densité	1.035.5
	Extrait sec	1.055 0/0
	Beurre	1.61 »

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 12 Mai 1905 (*suite*)

Présidence de M. Surmont, président.

Inflammation d'un testicule en ectopie inguinale. Orchidopexie

M. **Carlier**. — Je présente à la Société un jeune homme de dix-sept ans chez lequel j'ai fait une orchidopexie dans des circonstances toutes particulières. Ce malade est entré dans mon service, à l'hôpital Saint-Sauveur, en octobre 1904, en présentant les symptômes alarmants suivants : vomissements, pouls rapide, douleur extrêmement vive dans toute la partie droite du ventre. Je pus constater à ce moment un empâtement douloureux, véritable plastron qui s'étendait de l'arcade de Fallope à l'ombilic, en se limitant en dedans à deux bons travers de doigt de la ligne blanche et en dehors à l'épine iliaque antéro-supérieure. L'idée d'une appendicite venait tout naturellement à l'esprit, mais comme les phénomènes inflammatoires étaient, si je puis dire, à fleur de peau, il eût dû s'agir d'une appendicite à forme phlegmoneuse évoluant depuis quelque temps déjà, or les symptômes avaient débuté trente-six ou quarante-huit heures avant mon examen, d'autre part, le malade n'avait qu'un testicule, le gauche, la bourse droite était vide, et l'on sentait manifestement, un peu au-dessous de l'orifice externe du canal inguinal, un cordon gros, irrégulier et dur que je pris alors pour une anse de cordon inguinal enflammée. Il ne s'agissait évidemment pas d'une appendicite, qu'était-ce ? Inflammation d'un testicule en ectopie inguinale, ou bien vaginalite aiguë ? Comme il n'y avait jamais eu d'écoulement urétral, ni cathétérisme, ni traumatisme, j'optai pour le diagnostic de vaginalite, à cause de l'énorme tuméfaction inflammatoire que j'avais sous les doigts.

Grâce à la diète, au repos et aux applications locales de glace, les phénomènes douloureux se calmèrent vite, et je n'eus pas à intervenir pendant la crise aiguë. Après plusieurs semaines tout rentra dans l'ordre, et il fut aisé de palper le testicule droit, tantôt appliqué contre l'orifice du canal inguinal, tantôt caché dans le canal lui-même.

J'opérai ce malade en janvier 1905, et vous pouvez constater le beau résultat obtenu ; le testicule droit est à sa place normale, il a le volume qu'il présentait lors de l'opération, celui d'une petite noix ; le scrotum, bien garni à gauche comme à droite, présente un aspect absolument normal.

Quelques mots concernant l'opération : Le testicule ectopié était entouré d'une vaginale plutôt spacieuse, lisse et dans laquelle je n'ai trouvé aucune trace de liquide. Le cordon était court, et pour faire descendre le testicule, il m'a fallu, après section de la paroi antérieure du canal inguinal, sectionner une série de brides, sectionner aussi sans la voir l'artère spermatique, en sorte que, une fois obtenu l'allongement du cordon nécessaire pour que le testicule ectopié descende sans tiraillement au niveau du testicule congénère, le cordon se composait en tout et pour tout du canal déférent et de l'artère déférentielle, mais les nombreuses sections de cordon que j'ai pratiquées autrefois sans grand inconvénient consécutif pour le testicule et qui ont inspiré l'excellente thèse de J. Colle, me permettaient d'espérer que la glande séminale ne se serait pas atrophiée par la suite, j'en ai encore aujourd'hui la preuve.

Pour fixer le testicule, j'ai recours à un procédé que je trouve excellent. J'effondre la cloison des bourses, j'y fais passer le testicule après sa descente, je fixe ensemble les deux testicules au moyen de deux anses de gros catgut qui traversent l'albuginée, puis je suture en bourse l'ouverture artificielle de la cloison en laissant dans la bourse gauche les deux testicules. J'ai opéré, depuis huit mois, trois cas d'ectopie par ce procédé, et la fixation de la glande est vraiment parfaite.

M. **Le Fort** a pratiqué sans succès la méthode d'extension par un lien en caoutchouc. Il insiste sur la nécessité de libérer le cordon et il pense, comme M. Carlier, que de l'existence d'un scrotum dépend surtout le succès de l'opération.

M. **Carlier** se refuse à opérer les enfants âgés de moins de six ans, car le scrotum ne se forme qu'au moment de la poussée génitale.

M. **Gérard** se renseigne sur l'état de la spermatique. De nombreuses ectopies peuvent être causées par malformation artérielle. Il signale l'évolution différente de la formation scrotale et du testicule.

Il propose d'opérer en faisant passer le testicule par l'anneau inguinal externe.

M. **J. Colle** demande si l'on coupe la spermatique habituellement.

M. **Le Fort** répond affirmativement.

Cancer primitif de la capsule surrénale

M. **Petit**. — J'ai l'honneur de présenter au nom de M. **Juste Colle**, chef de clinique, et au mien, une pièce

anatome pathologique enlevée à l'autopsie d'un malade mort dans le Service de Clinique Chirurgicale de l'Hôpital Saint-Sauveur.

Le malade en question fut amené du service de médecine avec des symptômes d'occlusion qui nécessitaient une intervention d'urgence ; à l'ouverture du ventre on s'aperçut qu'il s'agissait d'un cancer du péritoine dont on ne trouva pas le foyer primitif : on vida l'ascite et on resutura la paroi. Le malade, opéré d'ailleurs in extremis, mourut 36 heures après la laparotomie.

A l'autopsie : cancer du péritoine : le grand épiploon, le mésentère, de petit bassin sont envahis par des végétations de consistance molle, de nature cancéreuse.

Le foyer primitif est trouvé dans la capsule surrénale gauche. A ce niveau : tumeur grosse comme une noix, de couleur jaunâtre, adhérente au rein dont elle est pourtant à certains endroits nettement séparée par la capsule : quelques petits noyaux cancéreux dans la partie supérieure du rein gauche.

Un noyau gros comme une noix et déjà ramolli est trouvé dans le foie.

M. le professeur **Curtis**, qui a fait l'examen de la tumeur, lui trouve les caractères du cancer primitif de la capsule surrénale.

En somme : cancer primitif de la capsule surrénale gauche ayant amené la mort par généralisation péritonéale.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par **arrêté ministériel** en date du 31 mai, M. le docteur Braillon, est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine d'Amiens.

— Notre excellent collègue, le professeur Wertheimer, vient d'être élu, à la grande majorité des suffrages, membre correspondant de l'Académie de médecine. Ses travaux, très nombreux et très goûtés en raison de leur rigueur scientifique impeccable, qui ont porté sur la plupart des problèmes les plus ardus de la physiologie et de la biologie le désignaient depuis longtemps pour la distinction dont il est l'objet. L'*Echo médical du Nord*, à qui le savant professeur de physiologie a confié la primeur de quelques uns de ses travaux, se réjouit de l'honneur qui échoit à M. Wertheimer et lui adresse ses bien vives félicitations et ses chaleureux compliments. Rarement nomination fut mieux accueillie.

— A l'occasion de sa visite à Lens, le 12 juin, M. le Ministre de l'Instruction publique a remis les palmes **d'Officier de l'Instruction publique** à M. le docteur Biat (de Liévin), et les palmes **d'Officier d'Académie** à M. le docteur Brulant (de Vendin-le-Vieil).

Nous adressons à nos deux confrères, nos bien sincères félicitations.

— **Conférences préparatoires en vue de l'examen pour l'emploi de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe ou de médecin auxiliaire.** — Les officiers de santé, les étudiants en médecine, possesseurs de douze inscriptions valables pour le doctorat, candidats à l'emploi de médecin auxiliaire ; les docteurs en médecine et pharmaciens de 1re classe, candidats à l'emploi de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe de réserve, non encore pourvus du certificat d'aptitude, sont informés que, pour les préparer aux épreuves de l'examen d'aptitude exigé par les règlements du 9 août 1897 et du 3 mars 1092, des conférences seront ouvertes en leur faveur à l'Hôpital Militaire de Lille, sous la direction d'un médecin militaire.

Les Conférences auront lieu le mardi et le vendredi de chaque semaine, à deux heures, à l'Hôpital Militaire de Lille, à dater du mardi 27 juin 1905.

Les étudiants devront, avant d'assister à ces conférences : 1° Justifier de leur qualité de Français ; 2° Justifier de la possession de douze inscriptions valables pour le doctorat en médecine ; 3° Se faire inscrire d'avance aux Bureaux de la Direction du Service de Santé (Hôpital Militaire de Lille).

Les docteurs en médecine ou pharmaciens de 1re classe et les officiers de santé sont soumis aux mêmes conditions, sauf qu'ils devront remplacer le certificat d'inscriptions par celui d'aptitude à leur grade respectif ou par la présentation du diplôme.

Examens. — Les examens prescrits par les articles 3 et 8 du décret du 9 août 1897 et par les articles 13 et 16 du décret du 3 mars 1902, s'ouvriront à partir du lundi 14 août 1905, à neuf heures du matin, à l'Hôpital Militaire de Lille.

Nota. — Les candidats aux emplois de médecin auxiliaire ne peuvent être acceptés que lorsqu'ils ont été classés après avoir accompli au moins une année de service militaire actif, soit dans la disponibilité ou la réserve de l'armée active, soit dans l'armée territoriale ou la réserve de l'armée territoriale.

L'examen pour l'emploi de médecin auxiliaire est obligatoire pour tous les étudiants qui prétendent à être nommés, ultérieurement, au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve, pour les officiers de santé qui prétendent à être nommés à l'emploi de médecin auxiliaire, pour les docteurs en médecine et pharmaciens de 1re classe, candidats au grade de médecin ou pharmacien aide-major de 2e classe de réserve ou de l'armée territoriale (Décret du 9 août 1897 portant règlement sur le recrutement et l'avancement des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale. — Décret du 3 mars 1902, relatif aux médecins auxiliaires).

Demande des Candidats. — Les officiers de santé et les étudiants en médecine sont invités par le directeur du Service de Santé à formuler une demande en vue d'être admis à prendre part à l'examen.

Les Candidats font connaître avec précision la ville où ils désirent être convoqués ainsi que le lieu où la convocation devra leur être envoyée au moment opportun. Ils adressent dans tous les cas leur demande au directeur du Service de Santé de la région du Corps d'armée sur le territoire de laquelle ils sont domiciliés.

Celui-ci fait parvenir une convocation à tous les candidats qui ont demandé à prendre part aux examens.

Les candidats qui, sans un motif légitime d'empêchement, négligeraient de se rendre à cette convocation ne seront pas admis à se présenter ultérieurement à l'examen.

Programme de l'Examen. — L'examen consiste, pour tous les candidats au grade de médecin auxiliaire, en interrogations orales sur les matières indiquées ci-après : Organisation générale de l'armée ; discipline et hiérarchie militaires (notions sommaires).

Service de santé à l'intérieur (Règlement sur le service de santé à l'intérieur et notices annexées) ; organisation générale du service (notions sommaires) ; fonctionnement du service dans les infirmeries régimentaires et les hôpitaux militaires ; organisation et rôle des infirmiers et brancardiers régimentaires et des brancardiers d'ambulance.

Service de santé en campagne (Règlement sur le service de santé en campagne) ; organisation générale du service, (notions sommaires) ; fonctionnement du service dans les corps de troupe, en marche et au combat (premiers soins à donner aux blessés, bandages et appareils improvisés, relèvement et transport des blessés, emploi des brancards ; organisation des postes de secours), ainsi que dans les ambulances, hôpitaux de campagne, hôpitaux et trains d'évacuation, infirmeries de gare ; aménagement et emploi de voitures improvisées. Matériel du service de santé : composition des sacs et sacoches d'ambulance et des voitures médicales régimentaires, composition en matériel des ambulances, des hôpitaux de campagne et des hôpitaux d'évacuation. Convention de Genève.

Certificat d'Aptitude. — Le Président de la Commission remet à chacun des candidats reçus une expédition du certificat modèle A le concernant.

Les étudiants en médecine joindront le certificat qui leur aura été remis à la demande qu'ils seront appelés à formuler lorsque, reçus docteurs en médecine, ils solliciteront le grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve ou de l'armée territoriale.

Notre Carnet

Le 10 mai ont eu lieu à Chablis (Yonne), les cérémonies du mariage du docteur Jacques Curmer, de Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure), avec Mademoiselle Marie-Thérèse Gras. Nous adressons aux jeunes mariés nos meilleurs souhaits de bonheur.

— Le docteur Pierre Colle de (Lille), nous fait part de la naissance de son fils Robert. Nous lui adressons nos meilleurs vœux pour Madame Colle et pour l'enfant.

— Le docteur Dehay, de Croisilles, nous fait part de la naissance de son fils Emile. Nos meilleurs souhaits pour la mère et pour l'enfant.

— Le 7 juin ont eu lieu à La Bassée, les cérémonies du mariage du docteur D. Decousser, de Cassel, avec mademoiselle Louisa Coppens. Nous adressons nos meilleurs souhaits de bonheur aux jeunes époux.

UNIVERSITÉS

Paris. — M. le docteux Castex est chargé, pour trois ans, à dater du 1er novembre 1905, d'un cours complémentaire de clinique annexe des maladies du larynx, des oreilles et du nez.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. — M. le docteur Nigenaud est chargé, à partir du 1er novembre 1905, d'un cours complémentaire d'hygiène.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — MM. le docteur Yersin, de Nha Trang (Annam) et le professeur Wertheimer, de Lille, ont été élus correspondants nationaux pour la section d'anatomie et de physiologie ; M. le professeur Gréhant, du Muséum, est élu membre titulaire pour la section d'anatomie.

HOPITAUX & HOSPICES

Lyon. — M. le docteur Gayet, agrégé, a été nommé, après concours, chirurgien des hôpitaux.

Clermont-Ferrand. — M. le docteur Dionis du Séjour, professeur suppléant à l'Ecole de médecine, est nommé, après concours, chirurgien des hôpitaux.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Suché, de Sens (Yonne) ; Désarménien, de Marcillat d'Allier (Allier) ; Aube, de La Bourboule (Puy-de-Dôme) ; Bretenacker, de Châlons (Marne) ; Bérard, de Cavaillon (Vaucluse) ; Henri Dubar, de Paris ; Roger, médecin sanitaire maritime ; Le Roy, de Rouen (Seine-Inférieure.

Mercier, de Vis-en-Artois (Pas-de-Calais) ; Patin, de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais).

BIBLIOGRAPHIE

Comment se soignaient nos pères, remèdes d'autrefois, par le docteur Cabanès, 1 volume in-18 de XII-490 pages. — A Maloine, libraire-éditeur, 25-27, rue de l'École-de-Médecine.

Plus que jamais les médecins sont avides de connaître l'histoire de nos institutions, de nos coutumes, de nos traditions professionnelles ; la lente évolution qu'a subie l'art de guérir, depuis l'empirisme grossier des premiers âges, jusqu'à la thérapeutique scientifique de nos jours.

Comment se soignaient nos pères ? A cette question, le Dr Cabanès, bien connu par les curieuses et savantes

recherches qui ont établi son renom d'historien, s'est chargé de répondre.

Le plan suivi par l'auteur de *Remèdes d'autrefois* est des plus simples : empruntant les grandes divisions de l'histoire naturelle, le Dr CABANÈS étudie successivement les remèdes que les ancêtres tiraient de l'homme, des animaux, des minéraux et des plantes.

Mais, dans ce cadre banal, combien il a fait entrer de particularités inédites, de détails ignorés, de divertissantes anecdotes! Quelques titres, pris entre cent, en feront juger mieux qu'une sèche analyse :

Peut-on changer de sang comme de chemise ? — La recette de Louis XI pour se rajeunir. — Les mangeuses de placentas. — Le talisman de François 1er. — Comment Walter Scott fut guéri de sa paralysie. — La fièvre typhoïde de Louis XIV. — A quand remonte la dichotomie ? — Madame de Sévigné a-t-elle dit : « Racine passera comme le café » ? — Newton et W. Pitt, morts vierges. — Mirabeau et Mürger, prétendues victimes du café. — Comment Pope calmait sa migraine. — Le tic de Napoléon 1er.

Les médications singulières du vieux temps. — Le paquet de verges dans les maisons closes. — Des maladies qu'on guérissait par l'opération d'Abeilard. — La fabrication des eunuques. — Ce que Ricord entendait par un témoin à décharge. — Moyens employés par la Pompadour pour réveiller l'appétit de Louis XV. — Ce qu'étaient les pastilles du maréchal de Richelieu. — Les bonbons cantharidés du Divin Marquis, etc., etc.

Remèdes d'autrefois est le premier volume d'une série de Curiosités et Singularités médicales. Les ouvrages de cette série, destinés à tous les médecins bibliophiles, érudits, amateurs de choses du passé, étant tirés à petits nombres et appelés, pour ce motif, à devenir bientôt rares et recherchés, nous ne saurions trop engager nos lecteurs à se hâter de les acquérir.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Le régime alimentaire de l'entéro-colite muco-membraneuse**, par le docteur A. GILLOT, Bar-le-Duc, *Coutant Laguerre*, 1905.

— **L'entérite muco-membraneuse et son traitement à Châtel-Guyon**, par le docteur F. BARADUC, Paris, *Masson*, 1905.

— **Les médecins dans l'histoire de la Révolution**, par le docteur MIQUEL-DALTON, Paris, *Société française d'imprimerie*, 1902.

— **L'hérédité morbide**, par le docteur P. RAYMOND, Paris, *Vigot*, 1905.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

22e SEMAINE, DU 28 MAI AU 3 JUIN 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	2
3 mois à un an	5	5
1 an à 2 ans	2	3
2 à 5 ans	4	2
5 à 20 ans	2	3
20 à 60 ans	18	16
60 ans et au-dessus	15	15
Total	50	46

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	1	»	3	1	»	»	»	»	»	4	11	9
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	4	»	»	1	1	»	»	»	1	1	2	»	»	»	»	»	4	14	18
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	1	1	3	»	»	»	1	1	2	»	»	1	3	»	»	»	»	»	4	17	18
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	»	»	2	1	»	»	»	»	»	4	12	12
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	1	»	2	»	»	»	»	»	»	2	2	»	»	»	»	»	»	»	6	13	8
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»	»	5	9	11
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	9	14
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	3	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	8
Total	»	»	»	2	1	13	»	»	7	2	2	10	5	3	8	8	»	»	1	»	»	33	95	107

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 441. Neuvième Année. N° 26. Le Numéro : **10** centimes 25 Juin 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de leucémie aiguë chez une adulte

par MM.

J. Patoir, Professeur-agrégé et **M. Dehon**, aide-préparateur

à la Faculté de médecine

Bien que les observations publiées de leucémie aiguë se soient multipliées, dans ces dernières années elles sont encore assez rares pour que nous croyions devoir rapporter le fait suivant, en raison de son évolution particulièrement rapide et grave.

Il s'agit d'une femme de quarante-trois ans, sans antécédents pathologiques, ayant deux enfants bien portants. Dans les commémoratifs héréditaires, il n'y a rien, non plus, à relever.

La malade qui, jusqu'aux environs du 15 janvier 1905, avait été toujours très bien portante, fut prise, à cette époque, d'accidents aigus : fièvre, courbature, dysphagie, que la malade pensa devoir attribuer à une angine banale et pour laquelle elle ne consulta pas, tout d'abord, son médecin habituel, le docteur MEURISSE, de Thumesnil. Celui-ci ne fut appelé que trois ou quatre jours après le début des accidents, parce que l'entourage de madame M... s'inquiétait de voir l'indisposition se prolonger. Il y avait, à cette époque, une rougeur diffuse de la gorge et de la bouche, avec hypertrophie considérable des amygdales, dysphagie très marquée : mais, on ne constatait pas d'exsudat à la surface de la muqueuse pharyngienne. Du côté des gencives, il n'y avait rien qui attirât particulièrement l'attention.

Toutefois, à ce moment, déjà, existait une hypertrophie notable des ganglions de la région cervicale. La température était élevée, au voisinage de 39 degrés.

Notre confrère pensa à une angine d'origine grippale, prescrivit un traitement approprié, et recommanda le repos absolu. L'état demeurait stationnaire depuis quelques jours, lorsque le docteur remarqua, indépendamment de l'amygdalite qui persistait toujours, une rougeur diffuse de toute la muqueuse buccale, de la gingivite avec décollement des gencives : son attention était également attirée par des gingivorrhagies. En outre, l'asthénie allait en s'accentuant de jour en jour et la fièvre persistait aux environs de 39° ; l'hypertrophie ganglionnaire s'accusait de plus en plus. Enfin, dans les premiers jours de février, il y eut des épistaxis abondantes et les règles, qui apparurent à cette époque, eurent l'allure de véritables métrorrhagies qu'on eut de la peine à arrêter.

En présence de ce cortège symptomatique grave, le Docteur MEURISSE écarta définitivement le diagnostic de grippe pour songer à celui de leucémie. Bien que la malade se fût levée pendant quelques jours et se fût occupée à des travaux domestiques peu fatigants, l'état devenait tellement inquiétant qu'une consultation fut demandée par la famille et le docteur PATOIR fut appelé à donner son opinion sur la malade, le 22 février.

La situation était alors la suivante : la malade était exsangue, elle avait cependant gardé un certain embonpoint.

L'état de la bouche appelait tout d'abord l'attention : avec la pâleur générale de la muqueuse constrastait l'aspect sanglant des gencives tuméfiées et décollées ; de temps er

temps il se produisait un crachottement de sang à point de départ pharyngien. Les amygdales étaient, toutes deux, du volume au moins d'une grosse noix, procidentes et rouges, indemnes, cependant, d'exsudat. Le voile du palais était également tuméfié.

Du côté du tube digestif, rien de bien spécial à noter, en dehors de l'inappétence qui était absolue, et d'une constipation en rapport, probablement, avec l'état d'inanition et les vomissements qui avaient eu lieu les jours précédents.

Le foie était hypertrophié et percutable à trois travers de doigt au-dessous des fausses-côtes; la palpation était douloureuse. La rate était nettement percutable, mais l'hypertrophie n'était pas très accusée.

A l'examen de l'appareil pulmonaire, on ne relevait rien d'anormal, sinon une dyspnée provoquée surtout par l'effort. Par contre, l'appareil circulatoire offrait à l'auscultation des bruits anormaux importants: souffles à tous les orifices, bruit de diable au niveau des gros vaisseaux du cou : tous les signes, en un mot, d'une anémie grave.

Tout le système ganglionnaire était hypertrophié : la tuméfaction prédominait au niveau de la région cervicale, mais ne dépassait pas le volume d'un gros œuf. De l'avis du Docteur Meurisse, les ganglions auraient diminué de volume dans les derniers jours.

La température atteignait 38° 5.

L'état psychique semblait excellent et la malade répondait nettement aux questions qui lui étaient posées; la voix était éteinte et la parole lente.

Le diagnostic clinique de leucémie aiguë s'imposait à la constatation de tous ces signes; toutefois, l'examen du sang fut pratiqué le lendemain 23 février. Au moment où nous fîmes la prise de sang, la malade était dans le coma, plus exsangue encore que la veille. L'aggravation de la situation paraissait explicable par ce fait que Mme M... avait présenté une hémorragie au niveau de l'intestin ainsi qu'en témoignait l'expulsion d'un caillot fibrineux volumineux.

Des injections répétées de sérum artificiel et d'éther n'amenèrent aucune amélioration et la malade mourut épuisée, sans avoir recouvré connaissance, le 25 février.

L'examen du sang, pratiqué sur place, donna les résultats suivants :

Hématies par mmc. :	1.119.100
Leucocytes id :	108.033
Richesse globulaire :	738.768
Valeur globulaire :	0. 66

Les numérations ont porté sur cent carrés, pour les globules blancs, et sur vingt, pour les hématies: elles ont été effectuées au moyen du nouveau microscope hématimétrique à platine mobile de Nachet. Les dilutions du sang ont été faites dans le liquide de Marcano légèrement teinté par le bleu de méthylène. La formule leucocytaire, établie apres dénombrement de deux cents globules, était la suivante :

Mononucléaires : 98 0/0; polynucléaires : 2 0/0 ; éosinophiles : 4 0/0.

Il nous a été impossible de classer les mononucléaires en grands et petits, car il y en avait de toutes tailles intermédiaires à ces deux variétés. On rencontrait une grande quantité de figures karyocynétiques et beaucoup de grands mononucléaires à protoplasma fortement basophile, appelés aussi globulins ou Markzellen. *Pas de myélocytes.* Nous n'avons pas noté l'existence d'hématies nucléées ; une poïkilocytose et une anisocytose marquées existaient.

L'analyse de l'urine des vingt-quatre heures donna les résultats suivants :

Volume : 750 cc. ; acide urique et corps xanthiques : 1 gr. 17 ; chlorures : 3 gr. 44 ; anhydride phosphorique : 2 gr. 41 ; albumine : 0 gr. 29.

Il n'existait pas de pigments biliaires (absence de réaction de Salkowski) ni de sels biliaires (absence de réaction de Hay) mais une grande quantité d'urobiline était décelée par l'examen spectroscopique et la réaction de Roman et Delluc.

A l'examen microscopique, le sédiment, abondant, se montrait constitué par des leucocytes en quantité notable, des cylindres hyalins, mais il n'y avait pas d'hématies ; d'ailleurs, la recherche de l'hémoglobine, au moyen du spectroscope, était négative.

Nous ne nous attarderons pas à discuter le diagnostic de leucémie d'abord posé cliniquement par notre confrère et vérifié, ensuite, par l'examen hématologique : nous nous bornerons seulement à attirer l'attention, d'une part, sur la marche suraiguë de la maladie et, d'autre part, sur la gravité des lésions sanguines.

Au point de vue de *l'évolution*, il est établi d'une façon formelle, par les affirmations de l'entourage immédiat de la malade et celles du médecin, que Mme M.... jouissait d'une santé parfaite jusqu'au 15 janvier. Institutrice, depuis 20 ans qu'elle était dans l'enseignement, elle n'avait jamais eu de congé pour raisons de santé. Après les vacances du jour de l'an, elle avait même repris son service, sans accuser aucun malaise : ce fut seulement aux environs du 15 janvier que la maladie commença d'une façon tout à fait aiguë et brusque.

Le début fut d'ailleurs classique : on se souvient que bon nombre des cas relatés ont eu pour point de départ une angine.

La durée fut ici particulièrement courte : 25 jours au plus ; les auteurs indiquent le chiffre de six semaines, en général, comme minimum.

Il s'agit bien de la *forme bucco-pharyngée*, de Gilbert et Weill, compliquée d'hémorrhagies graves.

Pour ce qui a trait aux *lésions sanguines*, nous ferons surtout ressortir le nombre considérable des leucocytes qui existaient à raison de plus de cent mille par millimètre cube ; l'inversion de la formule leucocytaire : c'est-à-dire la prédominance excessive des mononucléaires, presque à l'exclusion des polynucléaires qui ne représentaient plus que 4 0/0 du chiffre total des leucocytes ; l'existence de globulins ou markzellen que Gilbert et Weill considèrent comme permettant de différencier la leucémie aiguë de la leucémie chronique ; enfin, fait important, au point de vue du diagnostic et de la nature de la maladie : l'absence de myélocytes.

Nous n'insisterons pas sur le degré de l'anémie, qui n'a rien de surprenant si l'on songe que l'examen du sang fut pratiqué à la suite d'hémorrhagies répétées, profuses et toute récentes.

Pour terminer nous rappelons la quantité importante d'acide urique urinaire excrétée par la malade en vingt-quatre heures (1 gr. 17) et bien que l'alimentation fût, en fait, nulle. Ce chiffre est en rapport avec le processus de leucolyse considérable en l'espèce.

Au sujet de trois cas d'extraction d'aiguilles

par le docteur **Denis**, de Douai.

Avant la découverte de Rœntgen, il n'y a pas encore dix ans, vouloir rechercher une aiguille ayant pénétré dans les tissus était un problème presque insoluble.

Faute de notions précises sur la situation de ce corps étranger non appréciable au palper, donnant lieu à des douleurs à distance trompeuses, enfin essentiellement mobile le long des muscles ou dans le tissu cellulaire, le chirurgien conseillait volontiers l'abstention.

En effet, souvent bien tolérée, l'aiguille n'occasionnait pas de troubles réactionnels et n'était pas une cause de gêne ; parfois elle sortait spontanément comme nous l'avons vu ces jours derniers chez une jeune femme dont l'état de grossesse avancée et la nervosité nous avaient paru contre-indiquer l'intervention (fragment mesurant 1 c. 5, issu de l'éminence thénar droite un mois après l'entrée).

Actuellement, certains praticiens s'en tiennent encore à l'expectation : d'autres, sans avoir recours préalablement aux rayons X, incisent d'une façon aveugle — ils échouent le plus souvent : si, exceptionnellement ils réussissent, c'est au prix d'incisions multiples, au cours de séances longues, angoissantes et douloureuses pour le patient.

Même avec l'appoint précieux du radiodiagnostic, extraire une aiguille n'est pas l'opération simple qu'on s'imagine trop volontiers ; faute d'une certaine technique, on s'expose à pratiquer une intervention non couronnée de succès.

Ayant eu la bonne fortune de pouvoir mener à bien l'extraction de trois aiguilles, il nous a paru intéressant de rapporter les observations, en signalant d'abord le procédé adopté.

Pour le dire de suite, il n'est qu'une variante de celui préconisé pour déterminer le siège des corps étrangers profondément situés, par M. le docteur Béclère, dont l'enseignement magistral à l'hôpital Saint-Antoine nous a été d'une utilité inappréciable.

Des deux procédés d'investigation radiologique, devions-nous choisir la radiographie ou la radioscopie ?

Si la radiographie de la région intéressée ne satisfait pas à cette condition indispensable : passage par l'aiguille du rayon normal à la plaque, l'épreuve obtenue ne peut qu'induire en erreur ; l'opérateur mettra volontiers sur le compte des rayons X un échec qu'il ne s'explique pas et qu'il faut rapporter à un manque d'information. Or, comment faire passer le rayon normal par une aiguille non repérée au préalable par la radioscopie ?

Plus compliquée que la radiographie simple, sujette en tous cas à des règles analogues, la stéréo-radiographie constitue trop souvent un guide trompeur (Laval).

Reste donc la radioscopie par laquelle on doit toujours débuter et qui occupe la première place dans l'exploration radiologique (Béclère).

Rapidement, simplement, sans constructions géométriques ni calculs, d'une façon moins coûteuse et surtout plus précise que la radiographie, elle permet de déceler l'existence et de déterminer le siège d'une aiguille avec le degré d'exactitude pratiquement nécessaire à l'extraction.

Mais, pour que la radioscopie évite le reproche adressé à la radiographie et rende les services qu'on est en droit d'en attendre, il faut de toute nécessité pouvoir déterminer le rayon normal et le déplacer à volonté pour amener l'aiguille sur son trajet.

Ce résultat est obtenu à l'aide du châssis porte-ampoule, porte-écran avec diaphragme-iris et indicateur d'incidence imaginé par le docteur Béclère et construit par Drault. L'appareil étant réglé, le rayon normal passe par le centre d'ouverture du diaphragme-iris, donc par le centre de la surface lumineuse de l'écran.

Les rayons à volonté plus ou moins pénétrants émis par une ampoule réglable, permettent aux yeux adaptés par un séjour de quelques minutes à l'obscurité d'apercevoir l'ombre de l'aiguille parmi les différentes teintes d'une image dont le diaphragme-iris renforce la netteté et accentue les contrastes.

Cette ombre est amenée au centre de la surface lumineuse, donc sur le trajet du rayon normal = un crayon dermographique à gaîne métallique passé derrière l'écran marque la ligne d'ombre sur la peau.

Il suffit ensuite d'imprimer à la partie examinée un mouvement de rotation pour la faire traverser obliquement par les rayons et juger de la profondeur de l'aiguille.

Dans nos trois cas, les renseignements ainsi obtenus ont rendu l'extraction possible.

Quelques remarques pour terminer :

L'extraction d'une aiguille, corps essentiellement

mobile dans les tissus, doit suivre immédiatement l'examen radioscopique.

Cette extraction sera pratiquée au domicile du médecin radiologue, de façon à permettre un nouvel examen radioscopique si besoin est une fois l'incision faite.

L'incision sera oblique par rapport à l'aiguille : une incision parallèle risque de passer à côté, une incision perpendiculaire laisse dans l'embarras si l'aiguille est longue, profondément située dans une région à ménager.

L'expérience nous porte à croire que la stricte observation de tout ce qui précède, est la condition sine quâ non du succès.

Voici maintenant nos observations :

Observation I. — En tombant sur un tapis, un enfant de sept ans s'enfonce un peu au-dessous du genou droit une aiguille enfilée que la mère, émotionnée, casse en voulant la retirer.

Le lendemain, orifice d'entrée visible : palpation négative.

Examen radioscopique. — I. L'enfant était debout, la face antérieure du genou contre l'écran, on aperçoit l'ombre d'un fragment d'aiguille paraissant mesurer un centimètre environ. Cette ombre est amenée au centre de la surface lumineuse. Elle est orientée suivant l'axe de l'ombre du tibia à laquelle elle se superpose. On la repère au crayon dermographique.

II. Après rotation de 90° du membre inférieur, le déplacement de l'ombre montre que l'aiguille siège superficiellement entre le tibia et la peau.

Aussitôt, dans une pièce voisine, désinfection de la région à l'alcool éther, anesthésie locale au kélène, incision parallèle à l'aiguille suivant la ligne repérée, exploration à la sonde cannelée ; l'aiguille reste introuvable.

Nouvel examen radioscopique. L'ombre d'une sonde cannelée introduite dans la plaie derrière l'écran apparaît bien au niveau de l'aiguille. On renouvelle l'exploration au grand jour, un peu plus profondément et avec la pince, presque aussitôt, on extrait l'aiguille, noire comme toutes celles ayant séjourné quelque temps dans les tissus.

Pansement, guérison.

Observation II. — En tordant un drap, une jeune femme s'enfonce dans la paume de la main gauche une aiguille qui se brise.

Deux jours après, palpation négative.

Examen radioscopique. — I. Le bord externe du premier métacarpien (main de profil) étant amené au centre de la surface éclairée, on aperçoit l'ombre d'un fragment d'aiguille paraissant mesurer 1 c. 5, elle est orientée suivant l'axe du premier métacarpien auquel elle se superpose. Repérage au crayon.

II. Après rotation de 90° (paume contre l'écran), le déplacement de l'ombre montre que l'aiguille siège entre le bord externe de l'os et la peau.

Après désinfection et anesthésie locale, incision franchement perpendiculaire à la ligne repérée, pratiquée par M. le docteur Sockel — la pointe du bistouri a rencontré l'aiguille qu'une pince retire aussitôt.

Guérison sans incidents.

Observation III. — En tordant une chemise au cours d'une lessive, une ouvrière s'enfonce en pleine éminence thénar gauche une forte aiguille n° 4, qui se brise.

Fort ennuyée parce que gauchère, elle accourt à nous. Apercevant l'orifice d'entrée, croyant sentir l'aiguille et pensant pouvoir nous passer des rayons X, nous pratiquons une courte incision que nous explorons à la sonde cannelée sans aucun résultat.

Examen radioscopique. — I. La paume de la main appliquée contre l'écran, on amène au centre de la surface éclairée l'ombre d'une aiguille paraissant mesurer 1 c.m. 5.— Elle est orientée comme le premier métacarpien et se superpose assez exactement à l'ombre de son bord interne. — Repérage au crayon.

II. Après rotation de 90° (main de profil bord externe du premier métacarpien contre l'écran), le déplacement de l'ombre montre que l'aiguille siège très profondément jusqu'au voisinage de l'os ; elle est certainement intra-musculaire.

Après désinfection et anesthésie locale, incision très profonde, parallèle à l'aiguille suivant la ligne de repère. Exploration à la sonde cannelée — l'aiguille reste introuvable.

Nouvel examen radioscopique. L'ombre des mors d'une pince introduite dans la plaie derrière l'écran se dirige vers l'aiguille mais sans pouvoir y atteindre.

Sûrs d'être dans le bon chemin, nous renouvelons l'exploration au grand jour, la main en supination appuyée sur une table. Nous forçons pour pénétrer plus profondément — la pince rencontre enfin l'aiguille qu'elle saisit — plusieurs fois elle dérape — une dernière tentative amène l'aiguille au dehors.

Cette extraction a été particulièrement laborieuse en raison de la profondeur de l'aiguille et de notre volonté de nous en tenir à une incision courte.

Peut-être un puissant électro-aimant nous eut-il été d'un grand secours, malheureusement nous n'avions pas cet instrument à notre disposition.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 22 Mai 1905

Présidence de M. Surmont, président.

Epispadias complet

M. **Dubar** (d'Armentières). J'ai l'honneur de vous présenter un jeune homme de 20 ans, atteint d'épispadias opéré plusieurs fois sans succès. La verge est bien développée, le malade a des érections. La vessie est petite, mais l'inconti-

nence n'est pas complète. Le malade présente des signes d'hystérie.

Comme antécédents héréditaires, nous notons que le père est bien portant, que la mère est cardiaque, et qu'il n'y a ni anomalies, ni malformations dans la famille. Il existe une forte hernie inguinale gauche qui permettra d'attirer une certaine quantité de peau, vaste capuchon préputial qu'on pourra rabattre.

M. **Le Fort**. — Le malade de M. Dubar se présente dans de bonnes conditions au point de vue opératoire. Il n'y a que de l'épispadias sans extrophie vésicale, le sphincter uréthral est partiel, et les tissus sont souples, abondants, relativement peu irrités. Le jabot préputial notamment est bien développé ; en outre, il y a sur toute la portion postérieure de l'urèthre ouvert, une gouttière large dont il suffira de fermer les bords. Les tissus de la paroi abdominale, le scrotum distendu par une oschiocèle procidentielle, permettront une facile réparation de la verge chez un solide gaillard.

Œdème segmentaire de l'avant-bras

M. **Le Fort**. — Je montre à nouveau à la Société un malade atteint d'œdème segmentaire de l'avant-bras. Malgré la disparition de l'albumine, l'œdème ne s'est pas complètement résorbé. Un médecin traitant a soulevé l'hypothèse d'enflure par constriction. Personnellement je pense à la névrose dont l'apparition a été suscitée par le traumatisme.

M. **Ingelrans**. — Il s'agit donc bien d'un œdème segmentaire névropathique.

Calcul salivaire

M. **Folet**. — Voici un calcul salivaire extrait ce matin par moi du canal de Warthon, chez une malade de notre distingué confrère, le docteur Raynal. La malade portait ce calcul depuis environ vingt-sept ans. Tout à fait au début, les symptômes consistaient en gonflements intermittents de la glande sous-maxillaire qui devenait douloureuse ; puis, spontanément ou à la pression, un flot de liquide se répandait dans la bouche et tout rentrait dans l'ordre. Il se passait quelquefois six mois sans qu'aucun symptôme ne se produisît. Au bout de quelques années, le flux salivaire terminal était trouble et mélangé de pus. Les phénomènes douloureux augmentant d'intensité et de fréquence, la malade, il y a quatre ans, consulta M. le docteur Raynal, qui vit nettement du pus s'écouler par l'ostium buccal du canal excréteur de la glande sous-maxillaire ; lequel, remarquable par sa longueur, par les grandes dimensions de son calibre, — sa longueur est de quatre à cinq centimètres et son diamètre, plus considérable que celui du canal de Sténon, varie de deux à trois millimètres (Sappey) —, remarquable aussi par la minceur de ses parois et sa facilité à se laisser distendre, s'ouvre, comme l'on sait, à la partie inférieure du frein de la langue.

Soupçonnant un calcul, M. Raynal cathétérisa le conduit à plusieurs reprises, sans trouver le contact du calcul cherché, vraisemblablement voilé, par repli muqueux. Enfin il y a quelques mois la malade déclara qu'elle sentait « un os faire saillie dans le fond de sa bouche ». Une pointe du calcul avait en effet ulcéré la paroi du canal et la muqueuse buccale, et était accessible au doigt et à la vue.

Une tentative faite pour l'extraire n'eut d'autre résultat que de briser en l'émiettant la partie saillante. Mais la base de la portion cassée continua d'émerger par l'ulcération, laquelle s'agrandit même un peu. Enfin, ce matin, après avoir élargi l'orifice et décortiqué avec la sonde cannelée et le petit doigt le segment de calcul qui se présentait, j'ai réussi à le saisir par sa partie la plus large entre les mors d'une pince longuette courbe formant tenettes, et à l'extraire en totalité. Le voici :

Il présente, comme vous le voyez, une teinte grise jaune clair, une surface un peu grenue. Ces calculs tendent à se mouler sur le conduit salivaire distendu et affectent généralement une forme ovoïde très allongée, noyau d'olive ou de datte. Le nôtre est conforme à ce type ; mais, son axe étant courbé, il ressemble à un de ces petits pains, dit croissants, dont une des cornes aurait été cassée. Il est très volumineux, vu son âge, et mesure, dans sa plus grande longueur, vingt-quatre millimètres. Il en mesurerait certainement trente-deux ou trente-quatre, s'il possédait la corne qui lui manque. La plus grande épaisseur est de dix millimètres. Il n'offre pas, comme certains calculs, une rigole expliquant l'écoulement de la salive, bien que le canal ait dû être bouché par le volume du corps étranger ; mais les inégalités dont est hérissé le calcul, en soulevant par places la paroi, peuvent faire comprendre la filtration lente de la salive au dehors.

Cette concrétion salivaire est vraisemblablement constituée, comme les calculs de cette espèce, par du phosphate et du carbonate de chaux. A-t-elle pour noyau central et originel un minuscule corps étranger ayant pénétré dans le méat du conduit, ou un petit amas de matière organique ? Toujours est-il que, dans les conceptions les plus modernes, tous les calculs reconnaîtraient une origine parasitaire, microbienne, et le noyau central, quand il existe, n'agirait pas comme corps étranger, mais comme parasitifère.

On a parfois noté la récidive, soit que des fragments du calcul lithotritié soient restés dans le conduit, ou qu'un calcul plus petit ait passé inaperçu. Ici l'ablation a été faite d'un bloc, sans broiement. Le nid dilaté du calcul, que j'ai pu explorer du bout du petit doigt, immédiatement après l'extraction, m'a convaincu qu'il ne restait

aucune concrétion. Tout permet donc d'affirmer la guérison définitive, que la fistule agrandie du canal excréteur par lequel j'ai extirpé le caillou se ferme ou reste fistuleuse.

M. **Gaudier** a enlevé des calculs moins volumineux que celui extrait par M. Folet.

Appendice réséqué à froid

M. **Drucbert.** — Je présente un appendice réséqué à froid chez un sujet dont la première crise, assez intense du reste, remontait à cinq semaines. Le malade, vu quinze jours après le début des accidents, avait présenté une volumineuse tuméfaction dans la fosse iliaque droite.

Lors de l'opération il ne subsistait du foyer inflammatoire que de solides adhérences épiploïques qui furent réséquées. A un centimètre avant l'extrémité de l'appendice une ulcération circulaire a détruit la muqueuse complètement. La rétraction de la cicatrice de cette ulcération eut isolé l'extrémité de l'appendice, et facilité l'apparition de nouvelles crises dans l'espace clos ainsi créé.

Kyste épiploïque dans un sac herniaire chez un enfant

M. **Julien.** — Voici une pièce anatomique assez curieuse. C'est un petit kyste, que j'ai trouvé inclus dans un sac herniaire péritonéo-vaginal, chez un enfant de cinq ans, — et que j'ai pu extirper sans effraction. — Ce kyste, légèrement adhérent à la paroi du sac, était suspendu à l'extrémité de l'épiploon hernié comme une cerise au bout de sa queue. Il semblait, en un mot, que l'on avait affaire à un épanouissement kystique du bout épiploïque.

L'enfant m'avait été envoyé à l'hôpital par mon confrère et ami le docteur Caudrelier, qui heureusement était arrivé à temps pour arrêter la main téméraire et dangereuse d'un pharmacien qui voulait, à tout prix, faire rentrer dans le ventre ou quelque part, une hernie irréductible. Comme symptômes, il n'y avait pas de vomissements, pas de fièvre, mais le petit garçon était abattu, se plaignait bruyamment, et le pouls était rapide.

Dans le canal inguinal existait une tumeur très dure au toucher, extrêmement douloureuse à la moindre palpation.

Je n'ai pas hésité, dans ces conditions, à intervenir immédiatement, à neuf heures du soir.

L'opération, qui date de six jours, s'est faite sans incident et l'enfant va très bien.

Préparations de spirochètes, décrites par Schaudinn et Hauffmann comme spécifiques des affections syphilitiques.

MM. **Bertin** et **Breton.** — Nous présentons à la Société des préparations microscopiques provenant du râclage d'ulcérations syphilitiques de nature variée. Ces préparations ont été faites à l'Institut Pasteur de Lille, suivant les indications de M. le professeur Calmette.

Nous rappelons que les auteurs allemands ont trouvé deux sortes de spirochètes dans les lésions syphilitiques. L'une, non spécifique au dire de Schaudinn, se rencontre à la fois sur les ulcérations syphilitiques et sur les lésions végétantes des organes génitaux, de nature banale. Cette première variété mesure quatre à dix μ de longueur ; elle se colore facilement par les procédés connus : violet de gentiane, Romanowsky, etc., et cela en un espace de temps très court. Ses mouvements de reptation, visibles au microscope, cessent en quelques minutes si le spirochète est transporté dans de la glycérine. La seconde variété, semblable apparemment à la première, en diffère uniquement par une vitalité plus grande (après son passage dans la glycérine elle reste vivante pendant vingt-quatre heures), et par une résistance spéciale aux matières colorantes. Cette forme, dite pour cette dernière raison « pallida », serait spécifique de la syphilis. Elle a été rencontrée dans de nombreux accidents de la syphilis primaire et secondaire ; elle a surtout été vue dans le suc de ganglions spécifiques.

Les formes que nous présentons aujourd'hui appartiennent à la variété « pallida » qui serait, d'après Schaudinn, la seule spécifique de la syphilis. Elles ont été recueillies sur trois malades différentes du service des filles publiques, atteintes l'une de chancre syphilitique de la petite lèvre, la seconde de syphilides érosives des grandes et des petites lèvres, la troisième de syphilides ulcéreuses des amygdales. Nous croyons être en présence de la variété « pallida », parce que les spirochètes ne se sont colorées que très difficilement, en vingt-quatre heures environ. Nous nous sommes assurés de cette résistance spéciale aux colorants en examinant nos préparations à différentes reprises, pendant les vingt-quatre heures que durait la coloration, et en constatant que les spirochètes n'étaient pas encore apparentes. Cette réaction les différencie nettement de toutes les autres formes spirillaires, de celle de l'angine de Vincent en particulier.

Enfin, par leur taille, par le nombre de spires qu'elles décrivent, elles répondent au type décrit par Schaudinn.

Nos préparations ont été colorées au bleu Marino.

Nous avons cru intéressant de présenter ces spirochètes, que nous croyons être celles découvertes par Schaudinn et Hoffmann et qui, d'après les recherches entreprises depuis cette découverte par les bactériologistes et les cliniciens, semblent offrir des garanties sérieuses de spécificité.

M. **Surmont** insiste sur la valeur que donnerait à la découverte le procédé de l'inoculation.

M. **Ingelrans** s'étonne que l'attention des bactériologistes n'ait pas été attirée plus tôt sur la forme microbienne découverte par Schaudinn.

M. **Breton** rappelle les hésitations de MM. Bordet et

Gengou, à divulguer le résultat de leurs observations, il y a plusieurs années.

Masque à chloroforme

M. **Gaudier** présente, au nom de M. Bécourt, un masque à chloroforme, utilisé autrefois par le docteur Leclercq. Ce masque, dont l'usage remonte à plus de cinquante ans, offre beaucoup d'analogie avec celui de Ricard. La consommation n'est pas plus grande que celle du masque de Ricard.

Un cas de leucémie aiguë chez une adulte

MM. **Patoir** et **Dehon** (*est publié in extenso dans le présent numéro*).

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte, par le docteur H. Huchard, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker, Paris, *Doin*, 1905.

Ce n'est pas une vulgarité de dire que le troisième et dernier volume du *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte* était impatiemment attendu. Les deux premiers volumes avaient apporté dans l'édition précédente des « Leçons cliniques des maladies du cœur » de tels changements et de telles adjonctions que, par généralisation, c'était un ouvrage nouveau qu'on espérait du savant clinicien qu'est M. Huchard. Cet espoir n'a pas été trompé.

Si la troisième édition de cet ouvrage important sur les maladies du cœur est en effet toute à la fois différente des précédentes par la plus grande compréhension des sujets et par les développements réservés à chacun d'eux, et semblable aux précédentes par les idées directrices, la conjonction de la physiologie et de la clinique par exemple, le troisième volume, qui paraît aujourd'hui est particulièrement intéressant et mérite, à mon sens, de devenir le livre du chevet de tout médecin qui ne se contente pas de la lecture des manuels : les maladies du péricarde, les endocardites aiguës et subaiguës, les endocardites chroniques, les affections valvulaires, les cardiopathies congénitales y sont étudiées avec un soin minutieux, avec une documentation abondante, dans un esprit et avec un sens cliniques qui, s'ils sont à l'éloge de l'auteur, feront aussi le succès de l'ouvrage.

En ce qui me concerne, j'ai lu avidement ce volume. Persuadé comme M. Huchard, que de graves erreurs avaient cours dans la pathologie cardiaque et par conséquent dans la thérapeutique, n'ignorant pas du reste quelles allégations erronées il était déjà arrivé à rectifier, je me suis efforcé de reconnaître dans le millier de pages qui compose ce volume les endroits précis où étaient détruites ces erreurs, où étaient édifiées les vérités qui les remplacent. J'ai donc, la plume à la main, fait la lecture des passages où je soupçonnais M. Huchard d'avoir mis toutes ses raisons, ses critiques, ses observations justificatives d'opinions que je suis bien prêt d'accepter dans leur totalité. Je me proposais d'en faire un abondant résumé ; mais M. Huchard dans des considérations générales d'une magistrale envergure qu'on ne trouve qu'en fin de l'ouvrage, — ce qui est une critique laudative, personne ne s'y méprendra, — a pris soin de l'écrire lui-même dans les termes suivants ; et je lui en laisse l'honneur.

« La plupart des médecins attribuent encore pour le diagnostic et le pronostic des maladies du cœur, la plus grande importance aux signes physiques, aux différents souffles entendus vers la pointe ou vers la base, vers la droite ou vers la gauche, à la percussion du cœur, à l'augmentation ou à la diminution de sa matité. Depuis plus de vingt ans, dans mes diverses recherches et dans celles de mes élèves, j'ai démontré sans relâche que les signes physiques dont on aurait grand tort de méconnaître la valeur, doivent céder le pas à l'étude, à l'interprétation diagnostique et pronostique des troubles fonctionnels : hypertension artérielle, dyspnée, douleurs, tachycardie et tachyarythmie, arythmie palpitante, palpitations.

» Les auteurs anciens qui ne pouvaient se prévaloir des données si précieuses de l'auscultation et de la percussion, étaient passés maîtres dans l'étude de ces troubles fonctionnels, et comme il arrive toujours, ils en avaient exagéré parfois l'importance. Mais, le même reproche ne peut-il être adressé aujourd'hui à ceux qui dans les affections cardiaques ne voient qu'un cœur à ausculter ou à percuter, qui ont méconnu et qui méconnaissent encore le cœur périphérique constitué par les vaisseaux, qui ne vont pas au delà de la constatation d'un souffle valvulaire, et qui se complaisent trop longtemps dans les mensurations du cœur ?

» Si nous avions suivi ces errements, nous ne serions jamais arrivé à distraire du groupe confus des affections du cœur, la classe considérable des *cardiopathies artérielles* qui peuvent avoir le cœur pour siège, mais qui ont les vaisseaux pour origine, de ces cardiopathies artérielles encore si peu connues que leur nom n'est même pas prononcé dans aucune publication de Potain, ou de son œuvre posthume sur la tension artérielle ; nous n'aurions pu nous élever à la conception du *traitement rénal* de ces cardiopathies ; nous n'aurions pas démontré qu'entre l'insuffisance mitrale endocardique d'origine rhumatismale et l'*insuffisance mitrale artérielle*, il y a plus de différence, au double point de vue clinique et thérapeutique, qu'entre l'insuffisance mitrale et l'insuffisance aortique.

» Si nous nous étions toujours arrêté à la percussion d'un cœur, si nous nous étions toujours contenté de la désignation banale de « pseudo-asthme cardiaque ou aortique » — ce qui ne veut rien dire — nous aurions ignoré la *dyspnée toxi-alimentaire* dont la connaissance pathogénique a été si féconde en résultats pratiques, et nous n'aurions pas connu l'importance du *régime alimentaire* dans le traitement de toutes les cardiopathies, artérielles ou valvulaires.

» Si nous n'avions vu que le cœur central à l'exclusion du cœur périphérique, nous n'aurions pas signalé la valeur de l'*hypertension artérielle* précédant et produisant la

sclérose des vaisseaux, de cette hypertension dont Broadbent a fait connaître également les dangers immédiats il y a quatorze ans dans son remarquable livre sur le pouls ; nous n'aurions pas connu les symptômes prémonitoires ni la pathogénie des cardiopathies artérielles, et la médication préventive de la *présclérose* ne serait pas née.

» Depuis près de vingt ans, des observations nombreuses m'ont démontré, en effet, que les lésions de l'artério-sclérose sont précédées, pendant des semaines ou des années, par une phase de troubles fonctionnels (présclérose), consistant dans un état plus ou moins accusé d'hypertension vasculaire due à des causes diverses parmi lesquelles les plus importantes sont : l'*alimentation carnée* intensive dont on abuse de nos jours, la *goutte* acquise ou héréditaire (puisqu'on est goutteux par droit de conquête ou par droit de naissance), enfin l'état que j'ai désigné sous le nom d'*aortisme héréditaire*. A cette période de présclérose, le rôle de la clinique consiste à prévoir, et celui de la thérapeutique à prévenir, avant qu'elles deviennent irrémédiables, les altérations anatomiques consécutives à une sorte de surmenage artérielle..

» Si nous avions suivi encore les errements de nos devanciers, toujours en contemplation devant un souffle valvulaire, nous n'aurions pas découvert la *myocardite aiguë* des maladies infectieuses........................

» Il y a vingt ans, c'était le chaos qui régnait dans la description clinique et dans l'interprétation pronostique de l'*angine de poitrine*, et aujourd'hui encore, voici ce qu'on peut lire dans un livre gardant le silence sur toutes les preuves accumulées contre l'opinion qu'il persiste à soutenir : « Il n'y a pas des angines vraies et des angines fausses ; il y a des angines de poitrines plus ou moins redoutables, mais qui toutes peuvent tuer. Du reste au point de vue du pronostic, comment affirmer pendant la vie que les artères coronaires sont ou ne sont pas lésées ? Je pose donc en principe que tout individu atteint d'angine de poitrine peut en mourir. » Or, en scrutant avec soin les caractères de la douleur — encore un trouble fonctionnel — on arrive à établir de la façon la plus certaine, la distinction capitale et le diagnostic entre l'angine de poitrine coronarienne qui se termine si souvent par la mort subite, et les pseudo-angines qui guérissent presque toujours, malgré la médecine et malgré les médecins... On connaît à l'avance le pronostic (99 fois sur cent) et on peut affirmer avec une précision mathématique si « les artères coronaires sont ou ne sont pas lésées.........................

» On confond souvent deux termes très différents : artério-sclérose, athérome. Or, l'*athérome* est une lésion, l'*artério-sclérose* une maladie. Dans celle-ci, ce sont les petites artères, les artérioles périphériques et viscérales qui sont atteintes avec lésions scléreuses consécutives ou concomitantes dans la trame des organes ; dans celle-là, ce sont les gros et moyens vaisseaux avec le minimum d'altérations viscérales. L'athérome est une lésion d'âge, survenant à partir de cinquante à soixante ans, sauf quelques rares exceptions ; l'artério-sclérose frappe les sujets plus jeunes, de trente-cinq à cinquante ans. L'une est fonction de sénilité, l'autre de toxicité, et contrairement encore à l'opinion commune, la syphilis est une cause très rare d'artério-sclérose. La syphilis attaque les gros vaisseaux, produit des aortites dont la fréquence est grande, elle ne touche guère les petits vaisseaux. De même, mes observations confirment l'opinion de Lancereaux, à savoir que l'alcool détermine plus souvent la stéatose artérielle que la sclérose.

» On a considéré l'état serpentin de la temporale comme révélateur de l'artério-sclérose. Encore une inexactitude. Les jeunes gens de dix-huit et même quinze ans ont parfois les artères temporales serpentines ; ils ne sont ni artério-scléreux, ni athéromateux. L'état serpentin de la temporale est une particularité sans importance.

» Enfin, l'athéromateux ne devient scléreux de ses organes que lorsqu'à sa lésion s'adjoint celle de l'artério sclérose. Sans doute, l'association est fréquente, et il est assez rare de constater une artério-sclérose généralisée avec l'absence absolue d'athérome artériel. Il n'en est pas moins vrai qu'à leur état de pureté les deux termes évoquent des processus d'évolution différente. Voilà ce que la clinique avait fini par m'apprendre. Or, l'expérimentation vient de donner raison à la clinique, puisque l'examen du système artériel de lapins présentant des lésions athéromateuses très intenses de l'aorte après les injections d'adrénaline, a montré à Josué des artères périphériques et viscérales absolument normales. Ici, se trouve donc réalisé le précepte de Claude Bernard : « Les idées physiologiques ne doivent jamais être séparées de l'observation clinique.....

» En s'appuyant sur une physiologie inexacte, on a dit que la digitale est même nuisible dans le rétrécissement mitral parce qu'alors « le cœur étant réglé pour un petit travail », on ne doit pas exagérer celui-ci par la digitale. Or, le médicament n'augmente pas le travail du cœur, il l'allège, il le facilite au contraire, et s'il l'augmentait, il ne trouverait jamais son indication dans les cardiopathies, puisque l'un des principes de traitement de toutes les maladies est de soumettre les organes malades à un repos relatif. Il se trouve, au contraire, que de toutes les affections valvulaires, c'est le rétrécissement mitral, même à l'état de compensation, qui indique le mieux la digitale à la dose d'un quart de milligramme de digitaline cristallisée toutes les trois semaines pendant trois à quatre jours ; elle réussit presque toujours à modérer un symptôme très important, la dyspnée ; elle agit, non pas en augmentant le travail du cœur encore une fois, mais en le facilitant en le régularisant, puisque par la prolongation de la pause diastolique, elle favorise la réplétion du cœur.

» Quelques expériences ou observations cliniques ont démontré que les *iodures* abaissent la tension artérielle et qu'ils ont une action résolutive sur les scléroses ou reliquats inflammatoires. On est arrivé à employer ces médicaments dans toutes les endocardites chroniques ou récentes, à toutes les périodes des cardiopathies artérielles,

cela d'une façon un peu banale, alors que les indications thérapeutiques en commandent ou en défendent l'emploi. On ne saurait donc trop protester contre l'abus de la médication iodurée qui, inconsidérément prescrite, arrive à créer des gastropathies médicamenteuses, quand elle n'aggrave pas les cardiopathies à une période où elle est absolument contre-indiquée............................

» Depuis cinq années, toujours à la recherche de cette vérité qui fait connaître les erreurs, nous sommes arrivé à ces conclusions un peu inattendues, à savoir : que la dilatation du cœur droit consécutive aux maladies gastro-hépatiques est très rare, si même elle est réelle; que l'asystolie d'origine gastro-hépatique est le plus souvent une erreur de diagnostic; que le bruit de galop droit symptomatique des dyspepsies n'existe pas et ne peut pas exister, de par la physiologie; que le cœur ne se dilate que s'il est dilatable, et qu'il n'est dilatable qu'à la faveur d'une lésion myocardique préexistante; que la dilatation de l'estomac, telle qu'elle est comprise par quelques auteurs, est une des plus grandes erreurs médicales de l'époque; que l'épilepsie cardiaque peut bien exister dans les livres, mais chez les malades jamais; qu'il n'y a pas d'hypertrophie cardiaque de croissance; que le dédoublement du second bruit à la base est toujours pathologique, presque jamais ou jamais physiologique; que l'insuffisance fonctionnelle des orifices du cœur gauche dont la possibilité a été niée sur la foi d'expériences et d'observations incomplètes, a droit à une description spéciale; enfin, qu'un abus singulier a été fait des bruits extra-cardiaques, un grand nombre de ceux-ci appartenant à l'insuffisance fonctionnelle de la valvule mitrale. »

Les extraits que je viens de reproduire ne peuvent pas paraître trop longs. Ils représentent la doctrine de M. Huchard et soulignent, en termes heureux, les progrès qu'il a fait faire depuis trente ans à nos connaissances sur les cardiopathies. Dans ces quelques lignes se trouvent ramassées avec la signature de son talent si spécial et de son esprit si clinique les découvertes dont nous lui sommes redevables. Il n'y a pas jusqu'à la manière d'apprécier et de juger les contradicteurs qui ne soit bien à lui. Pourquoi j'ai laissé la parole à l'auteur, on le comprend maintenant aisément.

Il est cependant des détails, que j'ai relevés, et qui en disent aussi long sur la conscience et la science avec laquelle a été écrit cet ouvrage, fruit de trente années passées à « écouter la nature » ; et je ne puis me dispenser de les relever.

C'est ainsi que M. Huchard ne limite pas nos connaissances sur les cardiopathies aux cinquante dernières années. M. Huchard remonte aux sources, aussi lointaines qu'elles soient. Vieussens n'est point pour lui un inconnu; il dit de ce Vieussens qu'il donna la preuve dès 1715 du rétrécissement mitral une si bonne description, au moins au point de vue de l'anatomie pathologique, qu'il est équitable de la tirer complètement de l'oubli, et M. Huchard reproduit-il en deux pages de petit texte cette observation très intéressante. Lancisi, Fabrice de Hilden, Baillou, Morgagni, ne sont pas davantage cités comme des ancêtres dont on parle sans les connaître ; non plus que Sénac ; des observations de ces auteurs sont reproduites en entier. Corvisart, et plus près de nous Bertin, Broussais, Forget, Laennec, Bouillaud, Louis, pour ne citer que des Français sont à tout instant rappelés à propos de tels ou tels points de doctrine ou de clinique.

On sent aussi que revision a été faite des indications antérieurement fournies par les auteurs de traités analogues. Telle affirmation de Friedreich et de C. Paul attribuant à Cruvelhier la première observation de rétrécissement de l'artère pulmonaire congénitale est relevée, et Sandefort désigné comme l'ayant rapportée. Telle note en bas de page porte simplement : « Je n'ai pas cru devoir au chapitre médicaments cardiaques mentionner le calomel, parce qu'il n'est doué que d'une action purgative et diurétique. Cette action diurétique, souvent infidèle, il faut bien le dire, avait été pressentie dès 1612 par Michel Doering dans une lettre à Fabrice de Hilden sur le calomel (*specificum purgans in hydrope*), puis par Boerhaave et Van Swieten, enfin par Demangeon (*Soc. med. Paris 1805*). Le travail de Jendrassick, de Budapesth ne date que de 1886 (*Deutsch. arch. für Klin. Medizin.*) ». Ce soin de ne parler du passé qu'après contrôle, malgré que tant d'autres en aient parlé avant lui sans ce contrôle, a certainement pris beaucoup de temps à l'auteur, et explique en partie le retard qu'a mis à paraître cette édition ; mais c'est pour le lecteur une garantie que ce que contient l'ouvrage est l'expression la plus approchée de la vérité; et cela dispose à accueillir avec confiance les opinions scientifiques de l'auteur et à faire fond sur ses statistisques. Pour ma part, par les raisons ci-dessus, j'attacherai par exemple une foi absolue à la statistique suivante que l'on trouve au chapitre des affections valvulaires associées :

« Il résulte d'une statistique déjà ancienne de Chambers, que sur un total de 355 maladies du cœur, on a trouvé 124 fois des lésions simultanées des orifices aortique et mitral, 109 fois des lésions mitrales isolées, 10 fois des lésions tricuspides, et 2 fois des lésions des orifices aortique et tricuspide. Ma statistique portant sur un nombre plus considérable d'affections valvulaires (719) est un peu différente : 357 affections mitrales et aortiques, 231 affections mitrales isolées, 82 affections mitrales et tricuspides, 25 affections organiques isolées de la tricuspide, 19 lésions aortiques et tricuspides combinées, 5 affections du cœur gauche et de l'artère pulmonaire. »

C'est ainsi encore que la critique que M. Huchard fait des opinions qui ne sont pas les siennes est toujours courtoise, que ses jugements sur certaines dénominations qui ont fait fortune sont exprimées avec l'humour qui lui est familier et en des termes auxquels nul n'a rien à reprendre.

« Dans plusieurs mémoires successifs, Bard a eu le mérite de restituer à la palpation du cœur dans l'insuffisance aortique une importance trop longtemps méconnue ;

mais il a exagéré à son tour la valeur du signe du *choc en dôme*, qu'il est préférable d'appeler *choc globuleux*. Voici en quoi consiste ce signe : Tout d'abord, il est entendu, comme on le savait depuis longtemps, que la palpation du cœur doit se faire, non pas avec les doigts, mais avec la paume de la main largement appuyée sur la région précordiale ; c'est ce que BARD appelle la palpation large ; or une palpation qui n'est pas large, n'est pas la palpation....

« On a parlé après FRIEDREICH d'une sorte de souffle paradoxal pouvant s'entendre non seulement pendant la systole et le petit silence, mais encore jusque dans la diastole. Or, ce n'est pas le souffle qui est paradoxal, c'est le fait lui-même qui est impossible au point de vue physiologique, et qui n'a aucune importance classique, en supposant même qu'il soit réel..............................

» La double lésion mitrale se traduit par l'exagération de tous les troubles fonctionnels de l'inocclusion valvulaire, et cela se comprend puisque l'insuffisance ne serait à proprement parler qu'un rétrécissement à reculons..........

» La surcharge graisseuse du cœur existe beaucoup plus souvent que la dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque dont on peut dire : « Dans les lésions valvulaires la dégénérescence graisseuse est dans les livres, dans le cœur jamais ». C'est là une notion que nous avons plusieurs fois établie. »

J'ai tenu à rapporter ces quelques exemples ci-dessus pour donner la manière de M. HUCHARD lorsqu'il porte un jugement tout en affirmant son opinion. C'est là une manière bien à lui, bien française aussi qui a eu des détracteurs bien entendu et dont l'écho en était venu jusqu'à moi. Aussi me souvenant de certaines critiques sévères que j'avais entendu porter sur lui, qui le représentaient comme une sorte de nationaliste scientifique, qui considérait particulièrement comme nulles et non avenues les recherches venues d'outre Rhin, j'ai particulièrement cherché, je l'avoue, si ce reproche était fondé. Je dois à la vérité d'affirmer que les indications bibliographiques allemandes coudoient dans ce traité des maladies du cœur les indications bibliographiques françaises, anglaises, italiennes, espagnoles, russes, que le parti-pris de dédaigner les travaux de telle nationalité ne m'est point apparu, thèses, articles de journaux, traités, communications, monographies dans toutes les langues étant également mis à contribution. L'ouvrage de M. HUCHARD est donc édifié sur les bases solides qu'une bibliographie internationale peut seule donner, et c'est un mérite de plus à ajouter à ceux qu'il possède déjà.

Je ne formulerai aucun reproche à ce merveilleux instrument de travail que sera pour les cliniciens l'ouvrage de M. HUCHARD. Le « Traité des maladies du cœur » fait date ; c'est un excellent livre ; il ne sera guère dépassé. « Il y a bien, ainsi que le dit du reste l'auteur, en pathologie cardiaque des régions inexplorées et incomplètement connues, des faits réclamant une sérieuse discussion et une enquête nouvelle, peut-être encore des inexactitudes à relever »

Mais M. HUCHARD ne voudra pas s'en tenir là. On sent que de nouvelles études le sollicitent. « Quel est, dit-il en dernières lignes, le MORGAGNI de l'avenir, physiologiste et clinicien qui poursuivra l'étude féconde des causes de la mort dans les maladies ? Celui-là aura fait faire un grand pas à la thérapeutique, assez riche en médicaments, mais si pauvre en médication ? » Je soupçonne par cette dernière ligne que M. HUCHARD est en mal d'une nouvelle édition de ce livre, qui lui a coûté tant de travail et duquel il ne peut pas se dire qu'il lui a donné sa forme définitive. Aussi, si ce maître me permettait de lui suggérer une menue idée, je lui dirais de combler l'un de mes désirs, de voir la radiographie introduite dans son ouvrage ; source de renseignements complémentaires très utiles, la radiographie, complétée par les mesures devenues faciles avec l'orthodiographie, est un moyen de diagnostic et de contrôle important, c'est en outre un agent nouveau à appliquer à l'interprétation des symptômes et des médications qui ne doit point être méprisé. J'estime que ce que le chercheur à l'esprit critique peut retirer de la radioscopie ne peut être pressentie.

Exegi monumentum perennius ære. C'est ce que peut dire M. HUCHARD ; c'est ce que diront pour lui ceux qui le liront. Et le nombre des lecteurs ne pourra pas ne pas être grand.

Dr F. C.

ALCOOLIA

L'alcool extrait des matières fécales

Il y a quelques mois tous les journaux ont parlé de la découverte sensationnelle d'un savant (?) allemand, qui était parvenu à extraire de l'alcool par la distillation des matières fécales.

Le prétendu chimiste Jean Dornig était un ancien garçon meunier devenu plus tard chauffeur de locomotives, puis exploiteur de la crédulité publique : il parvint à réunir des capitaux importants et l'affaire prit des proportions colossales, « *Des savants (?) défilèrent dans son officine et n'hésitèrent pas à certifier la véracité des assertions de Dornig.* »

On finit par découvrir l'escroquerie : Dornig versait de l'alcool dans son appareil, pour l'amorcer disait-il.

Il se vit appréhendé et traduit en justice : il manquait 250.000 francs dans la caisse !

(*Journal d'accouchements*)

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le 7e **voyage d'études médicales aux stations hydrominérales et climatiques de France** aura lieu du 1er au 14 septembre 1905. Il comprendra les stations du Sud-Ouest de la France : Luchon, Capvern, Barbazan, Siradan, Bagnères-de-Bigorre, Castera-Verduzan, Argelès, Barèges, Saint-Sauveur, Cauterets, Pau, Saint-Cristau, Eaux-Bonnes,

Eaux-Chaudes, Salies-de-Béârn, Biarritz, Cambo, Hendaye (Sanatorium) Dax, Arcachon.

Six Bourses de voyage données au V. E. M. de 1905 sont attribuées par les fondateurs :

1° Celle du professeur HENROT, fondée en 1904, à un interne des hôpitaux de Reims ; 2° Celle de la Société de Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme), fondée en 1904, à un membre de la Société de l'internat des hôpitaux de Paris ; 3° et 4° Celles du Conseil municipal des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées) et de la Société d'Evaux-les-Bains (Creuse), fondée en 1905, à deux médecins à la fois membres du « Concours Médical » et de « l'Association générale des Médecins de France » ; 5° Celle de la Société d'Evian (Haute-Savoie), fondée en 1905, à un médecin de Belgique ; 6° Celle de la Compagnie de Vichy (Allier), fondée en 1905, à un jeune médecin ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de médecine de Paris, dans l'année scolaire 1904-1905.

Le V. E. M. de 1905 — comme les six précédents — est placé sous la direction scientifique du docteur LANDOUZY. professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des Conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les Chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, au point de concentration, Luchon (Cie du Midi).

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Arcachon, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Luchon à Arcachon, prix à forfait : 300 francs, pour tous frais ; chemins de fer, voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août, 1905, terme de rigueur.

— Un grand nombre de participants au **Ve Congrès international d'obstétrique et de gynécologie**, dont plusieurs représentants de Sociétés et de Comités nationaux, ainsi que quelques gynécologistes russes, ayant émis des doutes sur l'opportunité de la convocation du Congrès dans les circonstances actuelles, ont en même temps fait parvenir au Comité d'organisation du Congrès des propositions tendant au renvoi de la réunion du Congrès à l'année prochaine.

Le Congrès, réuni en séance extraordinaire, tenant compte des appréhensions émises par les membres du Congrès et se rendant à leurs arguments, a statué, avec l'autorisation de l'Auguste Protecteur du Congrès, de porter à la connaissance des intéressés, qu'en vue du désir exprimé par les membres, le Ve Congrès international d'obstétrique et de gynécologie, devant avoir lieu à Saint-Pétersbourg en septembre 1905, est remis à un an.

Les questions et rapports mis à l'ordre du jour, sont virtuellement maintenus au programme, le Comité se réservant de faire connaître aux intéressés les modifications qui pourraient y être apportées.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le **Comité de l'Association amicale des Internes et anciens Internes en médecine des Hôpitaux de Lille**, a l'honneur d'annoncer à MM. les Internes titulaires de deuxième et troisième années que, en vertu des articles XXXI et suivants de ses statuts, deux Concours seront ouverts le mardi 25 juillet 1905 pour l'obtention de deux prix, l'un de médecine, l'autre de chirurgie et accouchements.

Ces prix seront chacun de 100 francs en espèces. Les épreuves comporteront : 1° Un mémoire qui sera coté 40 points ; 2° Une épreuve clinique (1/4 d'heure d'exposé après 1/2 heure d'examen et 1/4 d'heure de réflexion) qui sera cotée 40 points ; 3° Une épreuve écrite sur un sujet de pathologie qui sera cotée 20 points.

Les candidats devront faire connaître au Trésorier de l'Association leur intention de prendre part aux épreuves, au moins dix jours avant l'ouverture du Concours. Ils devront lui faire parvenir en même temps leur mémoire. Le Concours aura lieu dans un service de clinique avec l'autorisation de l'Administration et des chefs de service. L'hôpital sera désigné aux concurrents la veille du Concours. Le jury décidera l'heure et les conditions de l'épreuve écrite.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. E. GELLÉ, de Lille, interne des hôpitaux, préparateur d'anatomie pathologique, lauréat de la Faculté, a soutenu, avec succès, le mardi 20 juin 1905, sa thèse de doctorat (no 31), intitulée : **Contribution à l'étude des lésions du pancréas dans le diabète pancréatique.**

Notre Carnet

Le docteur Charles DUBOIS-DAMIEN, de Lille, nous fait part de la naissance de son fils JEAN. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

UNIVERSITÉS

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. le docteur COL, pharmacien supérieur de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. — M. le docteur GAULT, est institué, pour une période de

neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. — M. le docteur HALIPRÉ, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Faculté de médecine de Paris. — Le **Concours** du prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs HALLOPEAU et CHEVASSU.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Ont été nommés *Officier* : M. le docteur FORGUE, médecin principal de 1re classe ; *Chevaliers*: MM. les docteurs BUISSON, médecin major de 1re classe de l'armée ; CHARCOT, de Paris.

Mérite agricole. — Ont été nommés *Chevaliers* : MM. les docteurs ROULET, de Riom (Puy-de-Dôme) ; DROUINEAU, médecin major de l'armée.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs DUCHÉ, d'Ouaune, membre correspondant de l'Académie de médecine ; LAFOND, de Pau (Basses-Pyrénées) ; LE ROY, de Rouen (Seine-Inférieure) ; Mme MESNARD, de Bordeaux (Gironde) ; MALÉCOT, d'Angers. FOYET, de Fressenneville (Somme) ; BACKEROOT, de Ghyvelde (Nord). Nous prions la famille de ces confrères d'agréer nos sincères condoléances.

Coupe Gordon-Bennet (Circuit d'Auvergne). — Le Syndicat médical de La Bourboule se met à la disposition des confrères pour leur assurer des conditions modérées dans les principaux hôtels, et les faire assister aux épreuves de la Coupe dans les tribunes de Laqueuille, situées à quelques minutes de La Bourboule.
Ecrire au secrétaire du Syndicat médical de La Bourboule.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

24e SEMAINE, DU 11 AU 17 JUIN 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	4
3 mois à un an	3	5
1 an à 2 ans	2	4
2 à 5 ans	2	2
5 à 20 ans	1	3
20 à 60 ans	19	9
60 ans et au-dessus	8	9
Total	39	36

Répartition des décès par quartier — CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	6	10	15	19	13	15	10	5	13	»	6	112
TOTAL des DÉCÈS	6	11	8	10	7	7	5	4	9	1	5	73
Autres causes de décès	3	4	3	5	5	4	1	»	3	1	4	33
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	3
Diarrhée et entérite plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite moins de 2 ans	1	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	3
Maladies organiques du cœur	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Bronchite	1	1	1	»	»	2	»	»	»	»	»	5
Apoplexie cérébrale	»	2	1	2	»	»	1	»	»	»	»	6
Cancer	»	2	1	»	1	»	1	»	»	»	»	5
Autres tuberculoses	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Bronchite et pneumonie	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	3
Grippe	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2
Tuberculose pulmonaire	»	2	2	»	1	1	1	2	2	»	»	11
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 442. Neuvième Année. N° 27. Le Numéro : **10** centimes 2 Juillet 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille, le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Rhumatisme tuberculeux franc aigu au cours d'une tuberculose pulmonaire

par MM.

M. Breton, chef de clinique médicale et **P. Vansteenberghe** chef des Travaux bactériologiques

à la Faculté de médecine

Les travaux de PONCET et de l'Ecole de Lyon ont attiré l'attention des cliniciens sur la nature des accidents articulaires observés chez les tuberculeux. Considérées longtemps comme une simple coïncidence ou une maladie intercurrente, et cataloguées sous le terme de rhumatisme articulaire, ces manifestations ont été attribuées par PONCET et ses élèves à une toxémie tuberculeuse.

Nous reproduisons ci-après une observation que nous considérons comme type du rhumatisme tuberculeux aigu, observation dont le diagnostic a été confirmé par l'examen bactériologique et anatomo-pathologique.

La nommée Maria G....., âgée de 33 ans, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur COMBEMALE, le 5 février 1905. Cette malade tousse depuis environ deux ans ; elle a déjà été soignée pour une tuberculose pulmonaire en voie d'évolution.

On note dans ses antécédents morbides héréditaires les faits suivants : un père mort à trente-huit ans d'affection pulmonaire dont la nature ne peut être précisée ; la mère est décédée quelques mois après un accouchement ; une sœur a fait, dans sa première jeunesse, de la méningite et a succombé. Une autre sœur et deux frères sont bien portants.

Maria G...... a fait la rougeole à huit ans et n'a pas eu d'autre maladie infectieuse, ni de rhumatisme. Elle s'est mariée et a eu deux enfants : l'aîné est bien portant ; le cadet est chétif et tousse chaque hiver.

La malade maigrit beaucoup depuis quelques mois ; elle sent ses forces affaiblies ; elle est entrée à l'hôpital quelques jours après avoir eu une hémoptysie peu abondante.

A l'examen du poumon, on reconnaît l'existence des signes cavitaires au sommet gauche : à ce niveau tympanisme, exagération des vibrations thoraciques, souffle et parfois gargouillement. De nombreux râles humides s'entendent aussi au sommet droit. Submatité aux deux bases. L'expectoration est abondante et nummulaire ; l'examen bactériologique y dénote de nombreux bacilles de KOCH ; la radioscopie confirme d'ailleurs les présomptions cliniques.

Comme signes fonctionnels on note l'anhélation continue ; la perte complète des forces, les sueurs nocturnes et la fièvre qui oscille constamment au-dessus de 38°.

L'appétit est nul, pas de vomissements, ni de diarrhée. Pas de tuberculoses locales décelables à l'examen clinique. Le cœur est sain ; ni bruit de souffle, ni dédoublement. Le pouls bat à cent pulsations à la minute. L'examen des urines ne montre ni albumine, ni sucre ; le taux de l'urée est abaissé, l'élimination des phosphates est exagéré

La malade est depuis quinze jours à l'hôpital et l'état général est stationnaire, quand elle se plaint pour la première fois de douleurs articulaires. Celles-ci sont localisées aux articulations scapulo-humérales mais du côté gauche principalement. A ce niveau, il y a un léger gonflement, la peau est chaude et luisante et les mouvements du membre sont impossibles. L'examen radioscopique dénote l'existence d'un épanchement, les surfaces articulaires sont écartées l'une de l'autre, sans lésions osseuses décelables par ce mode de recherche. La température s'élève et tous les signes de rhumatisme franc aigu persistent les jours suivants (huit jours environ). Aucun autre article n'est atteint. On soigne la malade par le salicylate de soude et les enveloppements salicylés, sans succès d'ailleurs ; la courbe thermique reste élevée. Enfin au bout de dix jours, les phénomènes s'amendent, bien que l'épanchement ne soit pas resorbé. Le traitement antirhumatismal est continué (deux grammes d'aspirine quotidiennement). Six jours après les douleurs réapparaissent et les fluxions vont successivement envahir les deux genoux, les articulations coxo-fémorales, enfin les articulations métatarso-phalangiennes. Chaque fois qu'un nouvel article est envahi, la courbe thermique s'élève pour s'abaisser au moment de la rémission. La fluxion n'est jamais intense, elle dure un jour ou deux au maximum. La ponction faite à plusieurs reprises n'a pas permis de recueillir du liquide.

Le traitement salicylé est abandonné, et l'on se contente simplement de liniments calmants. Durant tout le temps où apparaissent ces pseudo-manifestations rhumatismales, l'état général s'aggrave, les signes stéthoscopiques montrent la progression des lésions, l'affaiblissement est de plus en plus grand.

A six reprises différentes, les douleurs articulaires réapparaissent. Au niveau des épaules, l'atrophie musculaire est complète ; deux mois après le début de l'affection les deltoïdes sont remplacés par des méplats et l'on sent uniquement les tendons saillir sous la peau. Enfin l'issue fatale survient le 12 mai. Nous insistons sur ce point : jamais il n'y eut d'épanchement dans les grandes séreuses de l'organisme ; jamais nous n'avons noté de troubles cardiaques ni viscéraux.

L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, a confirmé l'existence des lésions pulmonaires cavitaires. Le foie était pâle et dégénéré, légèrement cirrhotique. Rien au cœur, ni aux autres viscères abdominaux.

Le genou gauche contenait un liquide filant, jaune, ambré, dont nous avons pu recueillir aseptiquement la plus grande partie. L'examen cytologique, pratiqué le jour même, a permis de déceler une formule leucocytaire spéciale : lymphocytes et petits mononucléaires. Pas de bacilles de Koch, ni de cellules épithéliales contenues dans le culot de centrifugation. Ensemencé dans les divers milieux favorables au développement du bacille tuberculeux, la sérosité se montre stérile, même après un mois d'étuve.

Le séro-diagnostic du liquide, fait suivant le procédé d'Arloing et Courmont, fut positif au 1/10e. L'inoculation n'a pu être faite au cobaye, la quantité recueillie étant insuffisante.

L'examen macroscopique de l'articulation montrait une rougeur de la séreuse, sans altération des surfaces cartilagineuses et osseuses. Les ménisques articulaires étaient normaux. A la coupe, la synoviale ne présentait aucune modification apparente ; ses franges épithéliales étaient indemnes, sans desquamation, ni tuméfaction cellulaire. Les capilaires étaient seuls gorgés de globules sanguins ; par la moindre trace de cellules géantes, ni de tubercules. L'examen bactériologique des coupes n'a du reste pas décelé de bacilles de Koch.

L'observation que nous venons d'exposer dans ses grandes lignes se rapporte évidemment à une malade atteinte de rhumatisme tuberculeux. Le cas tire tout son intérêt de la netteté du tableau clinique qui semble calqué sur celui que MM. Poncet et Mailland donnent comme type de cette affection. Pour ces auteurs, le diagnostic de rhumatisme tuberculeux repose tout entier sur la double constatation suivante : attaque de pseudo-rhumatisme pouvant se confondre avec le rhumatisme franc, et reconnaissant pour cause la tuberculose, bien que l'autopsie ne montre que des lésions inflammatoires banales sans tubercule vrai.



La malade, dont nous avons rapporté l'histoire, a présenté tout d'abord les signes du rhumatisme aigu : début brusque avec élévation de température, rougeur, gonflement, douleur de l'articulation, puis la fluxion a gagné successivement un certain nombre d'autres articles. Le diagnostic semble donc devoir s'imposer ; mais on sait que la poly-arthrite rhumatismale est rare au cours de la tuberculose, à tel point que l'on a signalé pendant très longtemps l'antagonisme de ces deux affections. Aussi, la coexistence d'une tuberculose pulmonaire éveille l'attention sur les accidents locaux présentés par la malade ; et bien qu'il soit difficile, au premier abord, de les différencier du rhumatisme franc, on remarque que l'évolution de la maladie est extrêmement irrégulière, le liquide épanché très peu abondant, le traitement salicylé sans action, les complications cardiaques nulles, bien que l'affection ait duré plus de deux mois et demi.

Enfin l'autopsie lève tous les doutes. En effet, la formule leucocytaire du liquide est nettement en faveur de la bacillose, de même que la réaction agglutinante positive ; les lésions microscopiques sont à peine marquées, plutôt

liées à l'intoxication par la tuberculine qu'à l'infection directe par le bacille de Koch que l'on n'a pu déceler ni dans les tissus ni dans le liquide.

La preuve est donc évidente de la nature de l'arthralgie et le diagnostic de rhumatisme tuberculeux s'impose. Il s'agit même là d'un type classique de cette affection, assez souvent observée chez les tuberculeux, mais dont la nature est la plupart du temps méconnue.

Rigidité pathologique du col de l'utérus pendant le travail par suite de sclérose syphilitique

par le docteur **H. Brassart** (d'Arras).

Le col est dit *rigide* lorsque son effacement et sa dilatation ne s'opèrent qu'avec une extrême lenteur malgré des contractions utérines en apparence suffisantes, et en l'absence de toute grosse cause de dystocie pelvienne ou fœtale.

On a coutume de décrire différentes variétés de rigidité : 1° la rigidité anatomique ; 2° la rigidité spasmodique ; 3° la rigidité pathologique.

Les deux premières variétés sont à l'heure actuelle très discutées.

Dans tous les prétendus cas de *rigidité anatomique*, on peut presque toujours en effet (Thèse de Toledo) trouver la cause de la non dilatation du col, non pas dans le col lui-même, mais dans le défaut de l'un des facteurs habituels de la dilatation, qui sont : la contraction de l'utérus, l'accommodation pelvienne du pôle fœtal et la poche des eaux.

En outre, les travaux de Wallich ont montré qu'il n'existait pas dans les cols dits rigides, de lésions microscopiques primitives capables d'expliquer cette rigidité.

L'état rappelant le *cuir bouilli*, le *cuir imbibé de graisse*, serait un état secondaire, développé à la suite d'un long travail.

Quant aux cas de *rigidité spasmodique pure*, ils paraissent devenir bien rares depuis qu'on a rejeté l'emploi de l'ergot de seigle pendant le travail.

Quant à la variété dite *rigidité pathologique*, elle existe celle-là réellement et comprend tous les cas où le tissu du col est modifié et est devenu rigide par suite de la présence de tumeurs, de cicatrices ou de lésions syphilitiques.

L'observation que nous allons rapporter est précisément un cas de rigidité syphilitique.

Le 5 janvier 1905, entre à la maternité d'Arras la femme L.... Elodie, dix-neuf ans et demi, primipare, qui nous était adressée par un confrère des environs. Ce confrère avait eu la gracieuse amabilité de nous faire savoir que cette femme était syphilitique.

L'interrogatoire auquel nous procédons de suite ne peut nullement nous renseigner sur la date à laquelle la femme avait contracté cette syphilis. Elle l'ignorait totalement.

A l'examen auquel nous procédons, nous constatons la présence de plaques muqueuses dans la bouche et de syphilides ulcéreuses très nombreuses sur la partie interne des cuisses.

L'utérus a les dimensions d'un utérus gravide à terme. Les bruits du cœur fœtal se perçoivent très nettement à gauche, l'enfant se présente par le sommet engagé en O I G A.

Au *toucher*, on constate que le col a conservé toute sa longueur et qu'il paraît très dur (nous ne pouvons mieux comparer sa consistance qu'à celle d'un morceau de bois). Cette dureté ligneuse paraît remonter très haut et même gagner le segment inférieur, la surface en est dépolie et donne la sensation du tissu cicatriciel.

L'orifice présente également des bords très durs et paraît déformé. Les culs-de-sac vaginaux sont normaux. On sent à travers le segment inférieur la tête engagée.

On soumet immédiatement la femme au traitement antisyphilitique et on attend.

Le 8 janvier, dans la matinée, la femme entre en travail, puis brusquement la poche des eaux se rompt, les douleurs deviennent assez rapidement fortes et rapprochées ; le soir, on peut constater que le col s'efface très difficilement et reste très épais, l'orifice est à peine entr'ouvert.

Le lendemain matin, après une nuit où les douleurs furent très fortes et très rapprochées, le col présente à peine une dilatation du diamètre d'une pièce de cinquante centimes.

Les choses restèrent en cet état durant toute la journée. Toutefois, les douleurs s'accentuèrent, devinrent plus rapprochées et plus fortes sans modifications appréciables du côté du col, dont la dilatation ne dépasse toujours pas cinquante centimes ; le ventre est tendu, l'utérus se contracte violemment pendant les douleurs qui sont maintenant très rapprochées, l'enfant vit toujours et ne paraît pas encore trop souffrir.

En présence de cette situation nous pratiquons sur le col quatre petites incisions, une antérieure, une postérieure et deux latérales.

Ces incisions sont faites assez péniblement, il faut exercer une pression énergique sur les ciseaux pour venir à bout de la résistance du tissu du col, on a la sensation de couper du bois.

Le lendemain matin, 10 janvier, nous apprenons que la situation ne s'est guère modifiée, la femme, nous dit-on, a passé une nuit atroce et n'a pas cessé de crier ; quoique robuste, elle est ce matin complètement déprimée, et nous prie instamment de la délivrer. Au toucher, nous sommes véritablement surpris de voir que, malgré nos incisions, le col ne s'est guère dilaté ; il présente un orifice un peu plus grand qu'une pièce de deux francs, juste de quoi introduire deux doigts. Nous profitons de cette faible dilatation pour introduire un doigt de chaque main et pour essayer d'obtenir une dilatation forcée au moyen de tractions énergiques ; nos efforts sont vains et nous sommes forcés d'y renoncer rapidement. N'ayant pas sous la main de dilatateur trivalve de Tarnier, nous ne pouvons recourir à cet instrument. Nous sommes d'ailleurs bien convaincus que nous n'arriverons jamais à dilater ce col, qui n'est absolument pas dilatable et que nous n'avons qu'un moyen à notre disposition, le sectionner pour agrandir l'ouverture, l'utérus est presque en état de tension permanente, il est très dur et la tête fortement engagée vient appuyer énergiquement sur le col. L'enfant vit toujours, mais les battements sont ralentis.

Nous agrandissons les incisions faites la veille et nous les prolongeons à peu près jusqu'aux culs-de-sac. Nous

obtenons ainsi une dilatation pouvant être évaluée entre deux et cinq francs, l'incision de ce tissu ligneux est vraiment pénible. Le soir la situation ne s'est guère modifiée. Il est vrai que la femme est épuisée et que les contractions sont moins énergiques. La malade nous réclame instamment d'intervenir ; nous sommes très perplexes, nous demandant ce que nous pourrions faire.

Devons-nous agrandir encore les incisions ? Nous n'osons vraiment plus avoir recours à ce moyen, craignant qu'elles ne provoquent des accidents graves pour la mère.

Nous pensons avoir recours au ballon dilatateur, mais comment le placer ? la tête est tellement serrée contre le col que nous jugeons impossible de la repousser sans risquer de rompre l'utérus.

Pouvons-nous terminer par une application de forceps ? nous y pensons bien mais nous n'arriverons jamais à placer les branches. L'enfant doit souffrir beaucoup car les battements du cœur sont à peine perceptibles.

Dans ces conditions nous décidons d'attendre encore nous réservant de faire le lendemain matin l'opération de Porro, si la nécessité nous y oblige. Nous prescrivons de soutenir le plus possible les forces de la femme, par des grogs et des œufs.

Le lendemain 11 janvier, quand nous arrivons à l'hôpital, nous apprenons avec plaisir que l'accouchement vient enfin de se terminer par l'expulsion d'un enfant mort. La délivrance fut faite ensuite normalement. Le liquide amniotique qui restait en petite quantité dans l'utérus, présentait, nous dit-on, une odeur infecte. La salle d'accouchements est en effet imprégnée de cette odeur. Nous pratiquons en conséquence de grandes injections utérines iodées et nous prescrivons de faire prendre la température de la femme très sérieusement.

L'enfant expulsé est un enfant du sexe masculin pesant trois kilos cent grammes. Il présente sur les mains et les pieds des bulles de pemphigus.

Le placenta est volumineux (680 grammes), mais ne paraît pas présenter d'altérations bien nettes.

Les suites de couches furent bonnes ; la température ne dépassa pas 37°9, bien que les lochies soient restées longtemps fort fétides et que l'on ait dû pendant plusieurs jours faire des injections utérines iodées.

Les incisions que nous avions faites sur le col, s'étaient très peu agrandies, la dilatation à un moment donné avait donc pu se faire sans déchirures. A cause de la fétidité des lochies, à cause aussi de la très mauvaise qualité des tissus, nous ne crûmes pas utile de faire la suture des plaies du col. Nous devons dire d'ailleurs que quand la femme quitta l'hôpital une vingtaine de jours après, ces plaies avaient pu se cicatriser en partie et que le col reprenait sa consistance ligneuse.

Nous avons cherché à revoir la malade trois à quatre mois après cet accouchement ; malheureusement nous n'avons pu la retrouver.

Cette observation nous a paru intéressante à cause de la sclérose généralisée du col.

La syphilis peut toucher le col utérin à toutes périodes (chancre, syphilides et accidents tertiaires).

D'après Fournier, la sclérose généralisée serait un accident tertiaire. Fasola, le premier, en 1884, rapporta un cas très intéressant de sclérose généralisée du col et du segment inférieur.

Maygrier, dans ses leçons de clinique obstétricale de 1893, disait à propos de ce cas « la sclérose généralisée du col est une cause grave de dystocie qui peut dans certains cas nécessiter l'opération césarienne.

« Dans des cas analogues à celui de Fasola où la sténose cervicale resterait invincible malgré les incisions du col on pourrait, comme l'indique l'accoucheur italien, poser la question de l'opération césarienne. L'infection presque constante de l'utérus en pareil cas devrait faire préférer l'opération de Porro. »

Dans notre cas l'accouchement a pu heureusement se terminer par les voies naturelles ; si l'accouchement ne s'était pas terminé le troisième jour, nous n'aurions pas hésité à faire l'opération de Porro

---

Calculose vésicale chez un enfant. — Trois tailles hypogastriques successives dans un espace de quatorze mois et demi.

Par le docteur **L. Julien**, de Tourcoing.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de Médecine une collection de calculs vésicaux qui proviennent d'un enfant, à qui j'ai pratiqué successivement trois tailles hypogastriques, dans un intervalle de temps s'étendant du 11 mars 1904 au 31 mai 1905, date de la dernière intervention, c'est-à-dire dans un espace de quatorze mois et demi.

Il s'agit donc là d'un véritable cas de calculose, ou lithiase vésicale, se manifestant chez un enfant. Une telle observation n'est pas monnaie courante en clinique, et c'est pourquoi je crois intéressant de vous en rapporter les principaux détails :

« Le jeune C..., Joseph, alors âgé de cinq ans, entra pour la première fois dans mon service le 29 février 1904. Son billet d'entrée, délivré par un confrère, porte comme diagnostic : Pollakiurie, prolapsus rectal. Je constate, à un premier examen, que cet enfant présente, en outre, une verge d'une longueur exagérée, relativement à son âge. Or, j'ai assez souvent entendu mon maître, le professeur Carlier, insister sur l'importance de ces deux symptômes, « prolapsus rectal, verge longue », dans le diagnostic des calculs vésicaux chez l'enfant, pour que j'aie de suite, quand je les observe, mon attention attirée de ce côté.

J'interroge donc, en ce sens, sans perdre de temps, la mère du petit malade.

Elle m'apprend que son enfant souffre en urinant depuis environ deux ans, sans que l'urine ait jamais été teintée de sang.

C'est surtout depuis trois mois que les douleurs se sont très accrues, et le prolapsus rectal et le phimosis datent de cette même époque. Pendant le jour, le malade urine toutes les deux ou trois minutes, et chaque miction lui arrache des cris de douleur. La nuit, insomnie complète, les douleurs apparaissent toutes les cinq minutes.

La présence d'un calcul vésical, que fait soupçonner cet ensemble de symptômes, est affirmée par le cathétérisme, d'une part, et par le toucher rectal, d'autre part.

Je pratique une taille hypogastrique classique le 11 mars 1904, avec l'aide de mes confrères les Docteurs Catteau et Caudrelier. Un calcul de la grosseur d'une petite noix, et de nature phosphatique, tellement friable qu'il s'écrase sous les doigts, est extrait.

Après exploration et lavage de la vessie, l'opération est terminée, en laissant à demeure les tubes de Guyon-Périer, car il y avait des signes d'infection vésicale. Ces tubes sont retirés le 21 mars, dix jours après l'opération.

Rapidement les symptômes urinaires, de même que le prolapsus rectal, disparaissent ; la cicatrisation de la plaie se poursuit normalement.

Le 6 juin (petit incident à noter), un abcès inflammatoire, apparu à la région sous-maxillaire, doit être ouvert, et guérit d'ailleurs très vite.

Cependant le petit malade, qui allait et venait, et dont les mictions étaient redevenues à peu près normales, recommence à uriner plus souvent et à se plaindre. Il a de fausses envies d'aller à la selle et de nouveau est apparu le prolapsus rectal.

L'examen à la sonde uréthrale en gomme, pratiqué sous chloroforme, révèle un nouveau calcul vers la région du col vésical.

Une seconde taille hypogastrique est décidée et exécutée le 23 juin 1904.

Je trouve cette fois un calcul « montrant le nez » à l'orifice du col vésical, mais se prolongeant surtout dans l'urèthre.

La portion intravésicale, friable, me reste dans la main. Quant à la portion uréthrale, beaucoup plus dure, elle est encastrée dans une véritable logette sphérique, dans laquelle elle roule, et d'où il est impossible de la faire sortir, soit avec l'index recourbé et introduit à travers le sphincter, soit à l'aide de pinces. Enfin, après mille difficultés, je parviens à l'énucléer grâce à la manœuvre suivante : Le malade est mis dans la position de Treudelenburg et moi-même monté sur un tabouret, mon index droit dans la cavité du calcul, mon index gauche dans le rectum, j'arrive heureusement à le faire sauter loin du ventre comme on lance un noyau de fruit entre deux doigts.

Pour ne plus porter dans la plaie mon doigt souillé, je prie mon ami, le docteur Catteau, qui m'aide, de terminer l'opération. Des tubes de Guyon sont de nouveau laissés à demeure. Ils sortent le sixième jour et ne sont plus replacés. L'enfant, très indocile, fait sauter toutes ses sutures, mais malgré cet accident la plaie se guérit assez vite. Quelques phénomènes persistants de cystite cèdent à l'administration de l'urotropine.

Au prix d'une éventration que vous représente la photographie que je vous fais passer, mais qui était moindre au début, car la photographie est récente, le petit malade sort de l'hôpital le 7 août 1904, en bon état.

Pendant plusieurs mois, cet état satisfaisant persiste, et l'enfant urine normalement. Mais bientôt des symptômes urinaires se manifestent de nouveau et la mère me le ramène vers le milieu du mois de mai dernier.

Il a encore des mictions fréquentes, souffre en urinant, le prolapsus rectal est très accentué.

Le cathétérisme vésical et le toucher rectal indiquent la présence d'un nouveau calcul.

Une troisième taille hypogastrique est pratiquée le 31 mai. La vessie renferme encore deux calculs, de la forme et du volume de deux petites amandes.

L'un est libre dans la vessie ; l'autre faisant saillie au col vésical se prolonge dans la logette urétrale qui a déjà servi de nid au calcul de la deuxième taille et est extrait avec presqu'autant de difficultés que son prédécesseur.

L'opération est terminée par une cure de l'éventration obtenue par la résection d'un lambeau cutané et le rapprochement des muscles droits.

J'ai enlevé les tubes de Guyon, mercredi dernier 7 juin, et vraisemblablement la guérison ne va pas se faire attendre.

Mais quel est l'avenir de ce malheureux enfant, dont les qualités d'intelligence et de gentillesse mériteraient un meilleur sort ! Avec sa fâcheuse prédisposition, ne va-t-il pas continuer à fabriquer de la pierre ? Et en particulier la loge uréthrale maintenant vide, n'est-elle pas un berceau attendant la naissance d'un troisième calcul ?

Que n'existe-t-il de produits lithotriptiques ayant réellement les vertus héroïques que leur attribuent si facilement les prospectus, dont nos boîtes aux lettres sont chaque jour inondées !

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 5 Juin 1905

Présidence de M. Surmont, président.

Hernie inguinale gauche

M. **Gaudier** présente à la Société un enfant opéré par lui et dont MM. Debeyre et Desruelles lisent l'observation.

M. **Desruelles**. — J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. **Debeyre** et au mien, un enfant de dix-neuf mois, opéré par M. le Professeur Gaudier, de hernie inguinale gauche, le 29 mai dernier. Le chloroforme fut donné sans incident avec le masque du Dr Südeck. Cure radicale par le procédé de M. Gaudier, hémostase très complète, suture par les griffes de Michel. Ce n'est pas pour l'opération elle-même que l'enfant est présenté, mais pour le mode de pansement en usage constant dans le service de M. le Professeur Gaudier. Les sutures étant faites, on place sur la plaie opératoire un rectangle de gaze aseptique et au-dessus, sans interposition de ouate, un morceau de taffetas d'Angleterre débordant de quelques centimètres sur les côtés de la gaze. Les griffes ont été retirées le 2 juin, c'est-à-dire quatre jours après l'opération. On remit un nouveau pansement jusqu'au lendemain où il fut retiré définitivement. Donc au bout de cinq jours la plaie présentait une cicatrice de bel aspect.

Ce pansement, appliqué en Allemagne et en Suisse dans la plupart des Instituts de chirurgie, satisfait à toutes les exigences :

1° Il maintient les muscles abdominaux, aussi bien que l'ancien pansement ouaté. Cet enfant jouait dans son berceau le lendemain même de l'opération, s'asseyait constamment et se mettait même debout :

2° Il empêche l'infection beaucoup mieux que les pansements ouatés qui s'infiltrent d'urine si facilement. L'urine et les matières fécales ne font que glisser sur le taffetas sans jamais intéresser la plaie bien occluse. On n'est pas obligé, en outre, de changer le pansement tous les jours.

Ce procédé de pansement présente en plus des avantages

nombreux : 1° Rapidité d'application ; 2° Asepsie plus parfaite (le pansement est absolument fixe) ; 3° Contention parfaite (par retrait du taffetas devenu sec) ; 4° Economie très appréciable.

M. **Carlier** a vu un pansement, d'une semblable simplicité et d'une égale efficacité, à la clinique de Czerny ;

M. **Surmont** demande quel est le mode de stérilisation de ce taffetas commercial ;

M. **Gaudier** stérilise par le formol, à l'étuve sèche, et trempe ensuite dans l'eau aseptique ;

M. **Charmeil** a vu un emplâtre employé en Allemagne avec succès ;

M. **Gaudier** rejette ce dernier procédé qui offre des inconvénients à la région inguinale.

Volumineuse masse ganglionnaire ulcérée de l'aine, due à un épithélioma du pénis.

M. **Carlier**. — J'ai fait présenter à la Société par mon interne, vers la mi-février 1905, un homme de quarante ans qui avait un gros cancer du pénis, en même temps qu'un engorgement ganglionnaire des deux aines. Le 21 février, j'ai pratiqué l'amputation de la verge de ce malade, et j'ai fait un curage soigné des deux aines. Ce malade a quitté la clinique des voies urinaires vers la mi-mars, en très bon état local apparent, il m'est revenu hier dans un état pitoyable. Là, comme vous pouvez le voir, le moignon pénien est parfait de souplesse; en revanche l'aîne droite, celle qui m'avait paru la moins malade lors de l'opération, est le siège d'un énorme choufleur ganglionnaire, sessile, large comme le plat de la main, ulcéré partout, et adhérent aux parties profondes. Cette masse cancéreuse s'est développée avec une rapidité bien insolite, en quelques semaines. J'ai opéré un certain nombre de cancers de la verge, j'en connais sans récidive depuis huit ans, j'en ai vu plusieurs récidives, mais jamais avec autant de rapidité que dans le cas présent. J'ai la conviction que, au point de vue chirurgical, il n'y a rien à tenter chez ce malade, bien que son état général soit parfait. Peut-on espérer quelque chose de l'application des rayons X. C'est pour avoir l'avis de mes collègues de la Société que j'ai fait venir ce malade.

M. **Charmeil**. — J'ai observé autrefois un malade de M. le Professeur Folet. Ce malade, semblable à celui de M. Carlier, est mort de métastase pulmonaire. Cet exemple nous prouve combien est fréquente et rapide la généralisation de semblables tumeurs si largement implantées.

Au point de vue de l'efficacité de la radiothérapie, je pense qu'il faut tenir compte de la pénétration en profondeur de la tumeur. Les résultats sont excellents superficiellement, mais l'invasion n'en est pas arrêtée. C'est cette dernière constatation qui a guidé les Allemands à faire une radiothérapie préventive, post-opératoire, et dans le but d'éviter la récidive.

Je soigne actuellement un enfant atteint de sarcome primitif des aines. Cet enfant est heureusement influencé par le traitement. Quoi qu'il en soit, mes conclusions sont les suivantes : à l'exemple de Béclère, je n'interviens dans ces cancers étendus et primitifs, que si le chirurgien a dit son dernier mot et rejeté l'intervention.

M. **Carlier**. — J'ai lu récemment, dans une revue chirurgicale, que, pour mettre leurs opérées à l'abri d'une récidive dans les cancers du sein, des chirurgiens, sitôt la tumeur enlevée, faisaient une application de rayons X sur la plaie avant de la suturer. On ne peut qu'approuver cette méthode lorsqu'il s'agit de cancers du sein récidivés, mais elle ne prouve rien pour les cancers opérés primitivement et dans de bonnes conditions. Pour ma part je pourrais présenter à la Société des malades opérées par moi, d'un cancer du sein il y a dix ans et qui n'ont jamais récidivé. Les examens histologiques ont été faits par mon collègue M. Curtis.

M. **Charmeil**. — La méthode indiquée par M. Carlier, est sans doute une méthode d'exception, vu les difficultés à l'appliquer. Actuellement, la radiothérapie donne de bons résultats dans les cas de lymphome profond et d'adénie. Les ganglions scrofuleux sont favorablement influencés, mais l'air salin donne aussi de bons résultats. M. Carrière m'a envoyé une fillette atteinte d'adénite tuberculeuse, et, d'un commun accord, nous avons préféré Berck à la radiothérapie.

M. **Surmont** insiste sur les dangers de prolonger l'opération pour appliquer la radiothérapie.

Gastrite hyperacide par sténose pylorique

M. **Petit**. — J'ai l'honneur de vous présenter une pièce anatomique enlevée il y a quelques jours à un homme mort dans le service de clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur.

Je ne vous lirai pas les détails de sa très longue opération et me contenterai de dire qu'il présentait tous les symptômes d'une gastrite hyperacide et d'une sténose pylorique dont la nature devait ne pas être cancéreuse. M. le docteur Breton a fait il y a quelques mois l'examen de la leucocytose digestive : cette leucocytose était positive.

Le malade a refusé une intervention et il est presque cachectique quand il vient solliciter une intervention. On pratique la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. L'opération dure trente-cinq minutes. Le malade meurt dans le schock six heures après l'opération. Le lendemain nous pratiquons l'autopsie : aucun signe de réaction péritonéale, pas d'hémorragie interne, les sutures ont bien tenu. L'estomac est énorme, au niveau du pylore on peut voir un ulcère en voie de cicatrisation : la cicatrice fibreuse a rétréci l'orifice au point de rendre

difficile le passage d'une sonde cannelée. Ce malade entre dans la catégorie de ceux dont M. le professeur Folet dit qu'ils profiteraient d'une laparotomie exploratrice dès les premiers symptômes suspects : une opération faite dans de meilleures conditions de résistance de la part du malade eut pu entraîner une survie illimitée.

Prostatectomie transvésicale

M. **Carlier**. — Je vous ai montré autrefois une série de malades auxquels j'avais enlevé la prostate par la voie périnéale. Je vous présente aujourd'hui une prostate que j'ai enlevée il y a dix jours par la méthode transvésicale. J'ai renoncé dans ce cas à l'ablation de la glande par la voie périnéale parce qu'il s'agissait d'un homme très fort, très gros, à périnée gras et épais, et que la prostate, très hypertrophiée et située très haut, ne paraissait guère abordable par le périnée. Je me suis conformé à peu près au manuel opératoire recommandé par Freyer (de Londres). Après incision hypogastrique de la vessie, et introduction dans l'urètre d'une grosse sonde en gomme, j'ai fait fixer la prostate par le doigt d'un aide introduit dans le rectum. Le rôle de l'instrument tranchant se borna à faire une petite incision antéro-postérieure sur la partie la plus saillante de chaque lobe prostatique, le reste de l'opération se fit avec le doigt. Le point délicat est de pénétrer entre la capsule de la prostate et sa gaine, sinon on ne sait ni ce que l'on fait, ni où l'on va ; dans mon cas je pus reconnaître assez aisément avec le doigt le plan de clivage, et vingt minutes me suffirent pour amener hors de la vessie la prostate tout entière.

Je vous présente la glande telle que je l'ai enlevée, sans aucun artifice de dissection post-opératoire, vous la voyez tout entière, avec son lobe médian postérieur, avec ses deux gros lobes latéraux bien isolés l'un de l'autre par la manœuvre du doigt qui a permis de les décoller de l'urètre postérieur.

La prostate pèse quatre-vingt-dix grammes. Mon malade est actuellement en pleine cicatrisation, mais j'attire votre attention sur l'importance des soins consécutifs après la prostatectomie transvésicale. Si la cavité créée par l'ablation de la prostate se comble en partie par l'affaissement immédiat de la paroi vésicale qui recouvrait autrefois la glande, cette cavité n'en existe pas moins et nécessite un drainage d'autant plus minutieux qu'il se fait à ce niveau une stagnation d'urine et même de sang dont on devine tout le danger. Un drain énorme est indispensable, et encore faut-il panser plusieurs fois par jour le malade souillé par l'urine. Mais ce n'est là qu'affaire de soins, bien que la statistique de Freyer démontre que la prostatectomie transvésicale est moins bénigne que la périnéale. Je vous dirai plus tard ce qu'est devenue la fonction urinaire de mon opéré.

Balle dans la tête ayant amené de la parésie du membre inférieur gauche

M. **Petit**. — J'ai l'honneur de vous présenter une radiographie de balle dans la tête.

Il s'agit d'un jeune homme de seize ans qui tenta de se suicider en se tirant une balle dans la bouche il y a une huitaine de jours. On l'amena à l'hôpital Saint-Sauveur quelques heures après : il perdait du sang par la bouche et le nez, il répondait à toutes les questions et remuait facilement bras et jambes. Le pouls était bon, la respiration normale ; au niveau de la paupière supérieure droite on observait une ecchymose très prononcée : il n'y avait aucune paralysie des muscles de l'œil et la vision était intacte. Il n'y avait en somme aucun symptôme cérébral et l'on pensa que la balle, après avoir perforé la partie antérieure du palais osseux, s'était logée dans le sinus frontal où à la partie supérieure de l'orbite.

Le lundi matin, trente-six heures après la tentative de suicide, on mène le malade à l'examen radioscopique ; c'est alors seulement qu'on s'aperçoit qu'il présente des troubles de la marche : en montant les escaliers il lance la jambe gauche comme s'il n'en était plus le maître ; il ne présente d'ailleurs pas de paralysie, on n'observe que de la parésie du membre. Il n'y a aucun trouble de la sensibilité. La radiographie permet de comprendre la pathogénie de ce symptôme. La balle se trouve dans l'hémisphère droit du cerveau : elle a pénétré profondément en suivant un trajet oblique de bas en haut : elle aura ainsi sectionné quelques fibres émanées de la partie supérieure de la zone motrice.

Le malade n'a pas de fièvre et ne présente aucun symptôme inquiétant. Il est actuellement hors de danger.

M. **Gérard** (G.) pense que la balle a dû intéresser les circonvolutions rolandiques.

M. **Charmeil** précise les positions dans lesquelles l'épreuve radiographique doit être prise, en prévision du repérage.

Photographie d'une goitreuse, guérie après opération

M. **Lambret** présente la photographie d'une malade atteinte de goître très volumineux et opérée par lui avec succès.

Sarcome de l'utérus

M. **Lambret**. — J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. le docteur **Duriau** (de Dunkerque), et au mien, un sarcome de l'utérus qui constitue une pièce anatomique très rare. On a observé au niveau de l'utérus plusieurs variétés de sarcome ; ce sont : 1° les sarcomes kystiques en grappe de la muqueuse utérine qui offrent l'aspect d'une agglomération de petits polypes muqueux ; 2° le fibro-sarcome analogue au fibrome interstitiel dont il est peut-être une transformation ; 3° le sarcome de la

muqueuse utérine qui est tantôt un sarcome pédiculé, véritable polype sarcomateux, tantôt un sarcome diffus généralisé à toute la muqueuse : c'est à cette dernière variété que nous avons eu affaire. Vu par sa face extérieure, l'utérus offre simplement les caractères d'un utérus hypertrophié, son volume actuel atteint au moins quatre fois les dimensions normales. A la coupe il est divisé en deux couches, l'externe a les caractères de la paroi musculaire normale, l'interne est formée par un tissu blanchâtre d'aspect médullaire, qui s'est substitué à la muqueuse et constitue une couche néoplasique uniformément répartie autour de la cavité utérine et d'une épaisseur de deux à trois centimètres.

La cavité utérine est agrandie, elle contenait, au moment de l'opération, deux à trois cents grammes d'un liquide d'une fétidité repoussante, contenant des débris sphacélés provenant du néoplasme et des caillots sanguins altérés.

Cette tumeur a été enlevée chez une femme de soixante ans qui, comme phénomènes principaux, présente des pertes abondantes et horriblement fétides, des douleurs constantes et très aiguës et surtout un état général très mauvais ; il y avait de l'infection ; au moment de l'intervention le pouls était à 120°. L'opération faite fut l'hystérectomie abdominale totale, dont l'exécution fut pénible en raison de l'adiposité de la malade, du peu de mobilité de l'utérus et de l'impossibilité dans laquelle nous nous trouvions de saisir cet utérus et d'exercer sur lui la moindre traction. La malade succomba le huitième jour.

Calculose vésicale chez un enfant. Trois tailles hypogastriques successives, dans un espace de quatorze mois et demi.

M. Julien *(est publié dans le présent numéro)*.

M. Carlier a observé un seul cas de récidive chez un enfant atteint de calculose vésicale. L'observation de M. Julien indiquerait peut-être qu'il est resté un calcul dans l'urèthre après l'intervention. Il y aurait donc deux récidives seulement.

Ces calculs semblent d'ailleurs venir du rein. M. Carlier cite le cas d'un lithiasique rénal avec pierres uretérales. S'il y a récidive chez le malade de M. Julien, l'origine rénale ne peut être mise en doute.

M. Carlier demande quel est le régime appliqué au malade.

M. Julien répond qu'il est très difficile de faire observer un régime aux malades de la classe pauvre.

Contusion de l'abdomen. — Hémorragie interne

M. Colle. — Je fus appelé dans la nuit du 22 au 23 mai à l'hôpital St-Sauveur, par mes collègues, MM. Vandeputte et Potel, pour voir et opérer le nommé Clovis V..., âgé de vingt ans. Ce jeune homme, en courant dans la gare St-Sauveur, avait butté contre un rail ; projeté en avant, il tomba sur un autre rail, la région abdominale recevant le choc.

L'accident avait eu lieu à midi et demi. Le sujet ressentit sur le moment une vive douleur. Cependant cette douleur se calma rapidement, il retourna à pied chez son patron, puis rentra chez lui pour dîner. En se mettant à table tout à coup il pâlit, eut la sensation d'une syncope et, sur le conseil des siens, se mit au lit.

M. Vandeputte appelé, en présence de ce traumatisme abdominal, fait les réserves d'usage. Vers six heures du soir on retourne le chercher et il juge immédiatement la situation grave. Le pouls est petit, filant, presque incomptable, la face baignée de sueur.

L'abdomen est tendu, douloureux à la pression. M. Vandeputte fait le diagnostic d'hémorragie interne, conseille l'opération immédiate et n'obtient qu'une consultation. M. Potel, appelé, confirme le diagnostic, fait de suite faire des injections de sérum artificiel. Sur les instances de MM. Vandeputte et Potel, la famille du malade se décide au transfert à l'hôpital. Il y est amené à minuit, les symptômes sont toujours les mêmes.

Je pratiquai immédiatement la laparotomie, le péritoine est inondé de sang. J'estime à plus de deux litres, la quantité de sang qui s'écoula aussitôt de l'incision. Rapidement je remarquai, en portant tout le paquet intestinal à droite, que du côté gauche du mésentère, il n'y avait point d'hémorragie. Reportant le paquet intestinal à gauche, je vis le flanc droit se remplir de sang avec une rapidité effrayante. Des tampons maintenus dans le flanc droit contre la paroi postérieure de l'abdomen, par l'interne, M. Taconnet, parurent arrêter l'hémorragie. Pourtant, après avoir débridé latéralement, j'explorai le foie et le rein dont j'ouvris la capsule et ces deux organes me parurent intacts.

Pendant que l'aide comprimait toujours, je vidai le petit bassin qui contenait d'énormes caillots. Je cherchai ensuite à voir ce qui saignait. Dès que la main de l'aide cessait la compression, un flot de sang surgissait. Tout ce que je puis dire c'est que le vaisseau qui saignait se trouvait entre le pôle inférieur du rein et l'iliaque primitive. Le sang était un peu noirâtre et j'en conclus qu'il venait d'une veine. Etait-ce une mésentérique, une colique, une des veines spermatiques, ou une plaie de la veine cave, impossible de s'en rendre compte. Le malade succombait si j'avais le malheur de prolonger mes recherches. Je le crus même un instant mort sur la table d'opération. Rapidement, à l'aide de quatre grosses gazes, je tamponnai la région qui me paraissait saigner. Le ventre fut refermé par des fils d'argent passés à travers toute la paroi, pendant qu'un interne faisait une injection de sérum artificiel. Le malade, reporté dans son lit, sembla reprendre un peu de vie. Il poussa quelques plaintes et même prononça quelques paroles. Rapidement le pouls se remonta.

Quand je quittai l'hôpital, deux heures plus tard, il était devenu comptable à 150. M. Taconnet passa presque toute la nuit à injecter doucement du sérum artificiel.

Le lendemain, 23 mai, j'eus la surprise agréable de voir mon malade bien remonté, le pouls à 1.0, bien frappé, mais encore irrégulier. La température à 37° 2, le matin. Le soir, à 37° 3.

Le 24, la température est normale, le pouls est à 100. Le 25, le pouls est à 90.

Je résolus d'enlever le plus tard possible les compresses du tamponnement.

Le 27 mai, la malade eut un gaz, mais la température est à 38, le pouls à 92.

Le lendemain 28, au matin, la température est à 38 et le pouls à 120. Je donnai 50 centigrammes de calomel. L'après-midi deux évacuations se firent et nous rassurèrent quant à l'occlusion. La température pourtant ne tombe point. Le pouls le lendemain reste encore à 108. Je fis administrer vingt grammes d'huile de ricin. Cette fois le malade eut coup sur coup cinq selles.

Le 30 mai, la température étant montée le soir à 38°8, nous résolûmes de faire le pansement. C'était le neuvième jour après l'opération.

L'extirpation des gazes fut longue et pénible, malgré le décollement par l'eau oxygénée.

Dès le lendemain la température tombe à 37°, le pouls à 96. Les suites furent tout à fait normales. Actuellement notre opéré est en voie de guérison, et sous peu, quand la cavité laissée par le tamponnement sera comblée, il pourra sortir de l'hopital.

Au sujet de cette observation, j'insiste sur ce fait que l'hémorragie interne a compliqué un traumatisme abdominal en somme peu considérable.

Une fois de plus, ce cas montre combien il faut savoir faire des réserves en présence de contusions, même légères, de l'abdomen. Il montre encore que le diagnostic bien fait et rapide d'hémorragie abdominale qui conduit le malade au chirurgien dans le plus bref délai, est le facteur principal de la guérison.

M. **Charmeil** rappelle un cas analogue qui est entré dans le domaine de l'histoire : c'est celui du Président Carnot. Jaboulay, chez ce dernier, avait conseillé la suture de la veine porte.

M. **Gérard G.** pense que seules une veine spermatique droite ou une lombaire ont pu occasionner une hémorragie abondante mais lente.

M. **Carlier**, étant externe chez M. Duplay, a vu une déchirure de l'intestin et une rupture de l'artère mésentérique par coup de pied de cheval.

M. **Gaudier** indique que dans le travail d'Adam, on cite la fréquence de déchirures de la mésentérique.

M. **Carlier** pense que l'artère devait être petite. Il cite le cas d'un varicocèle opéré à la cocaïne par lui, et suivi d'une hémorragie énorme due à l'artère de la cloison.

M. **Gérard G.** connaît un cas de piqûre de l'épigastrique dans la paracentèse de l'abdomen, suivi de mort en quelques heures.

M. **Charmeil** pense que la déchirure a pu être augmentée dans le reclinement de l'intestin.

Rigidité pathologique du col de l'utérus pendant le travail

M. **Oui** lit, au nom de M. **Brassart**, un cas de rigidité pathologique du col de l'utérus pendant le travail, par suite de sclérose syphilitique (*est publié in extenso dans le présent numéro*).

M. **Oui**. — La conduite tenue par notre collègue Brassart a eu des résultats heureux pour la mère, mauvais pour l'enfant, dont la mort n'est que médiocrement regrettable, puisqu'il présentait des lésions de syphilis héréditaire.

Toutefois, je pense qu'il eût été plus indiqué, dans ce cas, d'intervenir rapidement par la section césarienne, plutôt que de pratiquer des incisions dont l'effet utile me paraît avoir été des plus médiocres. On eût ainsi évité la mort de l'enfant que sa syphilis ne condamnait pas absolument et on aurait certainement diminué les risques graves que faisait courir à la mère un travail qui a duré trois jours après la rupture des membranes.

Appendicite typhoïdique

M. **Gaudier** relate l'observation d'un enfant de douze ans entré dans son service de l'hôpital St-Sauveur, pour des accidents appendiculaires (3e crise). L'opération se fit sans incidents : l'appendice rétro-cœcal modérément adhérent, était volumineux, non perforé. Après l'opération, la fièvre continua, augmentant, tous les jours, sans réaction du côté de la plaie, puis des taches rosées survinrent. Enfin apparut tout le cortège des symptômes d'une typhoïde de moyenne intensité, qui continua d'évoluer et guérit dans le service du docteur Carrière. Diagnostic confirmé par la recherche du bacille d'Eberth, dans les selles, le sang. Séro-diagnostic positif à plusieurs reprises. L'examen de l'appendice montrait des lésions d'allure typhoïdique.

M. **Lambret** se demande s'il s'agit dans le cas présent d'une double localisation d'une même maladie, ou de deux affections coïncidentes.

M. **Charmeil** s'étonne que les lésions anatomiques de l'appendice fussent si prononcées avant l'élévation de la température.

M. **Surmont** demande s'il n'existait pas de traces d'appendicite ancienne.

M. **Gaudier** répond négativement.

M. **Dubar** (d'Armentières), a vu une appendicite qu'il

pense être typhoïdique. éclore un an après l'infection générale.

M. **Surmont** appuie la thèse de M. Dubar par des observations de microbisme latent, semblables à celles que MM. Vaillard et Vincent ont notées.

Variétés & Anecdotes

Le baptême des enfants nouveau-nés

par le docteur **Dessaux** (de Tôtes).

Je lis dans le numéro d'octobre 1904 des *Lectures pour tous*, à l'article intitulé : « Comment peut-on aguerrir les enfants ? », à la page 21, les lignes suivantes que je recopie textuellement :

« Il faut tout d'abord savoir que plus l'enfant est jeune, « moins il résiste au froid.

« Il y a quelque cinquante ans, on avait constaté que les » enfants nouveau-nés mouraient en plus grand nombre en » hiver qu'en été, et dans les départements du Nord plutôt » que dans les départements du Midi ; d'où venait cette diffé- » rence ? Une loi, qu'on a abrogée depuis, exigeait que, pour » être inscrit sur les registres de l'état-civil, l'enfant fût » présenté au maire dans les vingt-quatre heures qui suivent » la naissance. On était donc obligé d'apporter à la mairie » l'enfant qu'on déclarait. Il arrivait souvent que, pendant le » trajet ou dans les salles de la mairie, le pauvre petit prenait » froid, succombait à une bronchite ou à une congestion pul- » monaire. C'est pour cela encore qu'aujourd'hui les médecins » sont d'avis que les enfants ne soient pas baptisés dans les » premiers jours qui suivent la naissance, mais plus tard, ou » bien que le baptême ait lieu à la maison où l'enfant ne se » trouve pas exposé au froid. »

Tout cela est parfait et bien dit : il n'y a qu'une légère erreur ; la déclaration de naissance doit être faite, non dans vingt-quatre heures, mais dans les trois jours de l'accouchement, et, de plus, cette loi — article 55 du code civil — existe toujours, et aucune loi nouvelle ne l'a abrogée ; aussi tous les actes de naissance portent encore que l'enfant a été présenté à l'officier de l'état-civil. Mais la présentation de l'enfant ne se fait plus et la loi, sur ce point, est abrogée en fait, sinon en droit. Encore une loi à refaire ! Mais nous ne sommes point député, et la question ne nous regarde pas directement ; seulement, il y a des médecins à la Chambre et ils pourraient y reprendre cette question qui en vaut bien une autre.

C'est le baptême trop précoce de l'enfant que je veux examiner au point de vue strictement médical. Le plus souvent, l'enfant nouveau-né — surtout à la campagne dans la classe ouvrière — est porté à l'église dans les deux ou trois jours qui suivent la naissance. J'ai vu mourir des enfants victimes de cette mauvaise coutume, et je conseille toujours d'attendre au moins huit jours avant de sortir un nouveau-né. Mais je ne suis pas écouté le plus souvent. Si l'enfant est débile, venu avant terme, ou s'il doit être mis en nourrice, on le porte baptiser, par précaution, le plus tôt possible, parfois le jour de sa naissanee. Chaque fois que la chose m'est demandée, je délivre un certificat attestant que l'enfant est trop faible pour être sorti, et qu'il est nécessaire que le baptême soit donné à domicile. Dans ce cas, le curé de la paroisse vient à la maison, et l'enfant est baptisé, sans encourir le moindre risque de refroidissement. Mais mon certificat n'est pas toujours accepté d'emblée, et pourtant ma demande est humaine et n'a rien d'opposé au dogme religieux. Le curé se retranche derrière un règlement qui déclarerait que le baptême ne peut être donné à domicile, sans autorisation de l'évêque, et il faut deux jours pour être en règle ! et pendant ce temps parfois l'enfant meurt non baptisé, ou les parents affolés portent l'enfant à l'église plus ou moins éloignée, et c'est quelques heures ou quelques jours après que l'enfant meurt ; et peut-être eût-il vécu si le baptême avait été donné à domicile !

Je ne fais point un article de polémique et je ne citerai aucun fait, pour ne point donner prise à une critique malveillante ; mais je demanderai aux sociétés protectrices de l'enfance d'intervenir auprès des pouvoirs religieux diocésains, afin d'obtenir, si possible, que le baptême soit toujours donné à domicile, chaque fois que la demande en est faite, même par la famille. Et, si l'autorisation de baptiser d'urgence à domicile est accordée aux curés, il y aura certainement en France, chaque année, plusieurs centaines d'enfants qui devront la vie à cette réforme, laquelle ne peut froisser aucun dogme religieux, et que toutes les mères, au nom de leurs nouveau-nés, accueilleront avec joie. Puisse donc mon vœu d'aujourd'hui être la réalité de demain !

(*Normandie médicale*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le 8e **Congrès français de médecine** se tiendra cette année à Liège, du 25 au 27 septembre inclusivement, sous la présidence du professeur R. Lépine, de Lyon. La séance d'ouverture sera présidée par M. Bienvenu-Martin, ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes de France.

Les questions suivantes ont été choisies par le Congrès de Paris pour faire l'objet de rapports et de discussions.

1. *Des formes cliniques du rhumatisme chronique*. Rapporteurs : M. le professeur Teissier, de Lyon ; M. le docteur R. Verhoogen, de Bruxelles ; 2. *Du régime déchloruré*. Rapporteurs : M. le docteur Fern. Widal, professeur agrégé, Paris ; M. le professeur Luc. Beco, de Liège ; 3. *Du rôle des sécrétions pancréatiques en pathologie*. Rap-

porteurs : M. le docteur HALLION, de Paris ; M. le docteur A. FALLOISE, assistant à l'Université, Liège.

Le Comité local a décidé, après avis du Comité français, de créer une section de parasitologie où sera étudiée spécialement la question de l'ankylostomasie.

Plusieurs séances seront consacrées à l'exposé et à la discussion des communications particulières que voudront bien faire les membres du Congrès. (Les adhérents au Congrès sont priés d'adresser les titres de leurs communications au Secrétaire général avant le 1er septembre. Les rapports et communications diverses formeront deux volumes qui seront adressés aux membres effectifs du Congrès.

Le Comité attire votre attention sur le fait que l'Exposition universelle très importante qui est ouverte à Liège renferme de nombreuses sections de nature à vous intéresser. Telles sont notamment les classes :

3. Enseignement supérieur. — Institutions scientifiques ; 16. Médecine et chirurgie ; 105. Sécurité des ateliers. — Réglementation du travail ; 106. Habitations ouvrières ; 111. Hygiène ; 112. Assistance.

Les membres du Congrès jouiront de l'entrée libre à l'Exposition.

Au programme des fêtes offertes aux congressistes, nous pouvons dès à présent signaler : Réception par les autorités communales ; réception et banquet offerts par la ville de Spa ; excursion et visite au sanatorium de Borgoumont, etc.

UNIVERSITÉ DE LILLE

M. le médecin-inspecteur CHAVASSE, est nommé directeur du service de santé du 1er corps d'armée. Nous adressons nos meilleurs souhaits de bienvenue au professeur du Val-de-Grâce, qui vient d'être mis à la tête de cet important service. Pendant un long intérim ces délicates fonctions avaient été confiées à M. le docteur DEMANDRE, dont chacun à Lille a pu apprécier la courtoisie, la bienveillance et la haute intelligence des besoins de la région.

— Du dernier mouvement dans le **Corps de santé militaire,** nous extrayons comme intéressant notre région les nominations et affectations suivantes : Sont promus et maintenus au 8e d'infanterie à Saint-Omer, M. le docteur JANTET, médecin-major de 1re classe ; au 84e d'infanterie à Avesnes, M. le docteur ROUCHAUD, médecin-major de 2e classe. Est désigné pour le 21e dragons, à Saint-Omer, M. le docteur CAENENS, médecin-major de 2e classe.

Notre Carnet

Le 24 Juin ont eu lieu, à Roubaix, les cérémonies du mariage du docteur Maurice DESCARPENTRIES, interne des hôpitaux de Lille, avec mademoiselle Berthe OBIN. Nous adressons tous nos meilleurs vœux aux jeunes époux.

— Le docteur Gustave MINET, de Bill -Montigny, nous fait part de la naissance de sa fille MARIE-MAGDELEINE. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

UNIVERSITÉS

Faculté de médecine de Bordeaux. — Après concours, ont été nommés MM. les docteurs Paul LANDE, chef de clinique médicale ; NADAL, chef de clinique adjoint ; LEURET, chef de clinique médicale infantile.

Nécrologie

Le 17 juin, une nombreuse assistance se pressait à Fressenneville (Somme), aux obsèques de M. le docteur POYET. Le docteur CARTIS, au nom des amis du défunt ; le docteur Henri DOURIEZ, représentant le Syndicat des Médecins de la région d'Abbeville, ont prononcé quelques paroles d'adieu à leur regretté confrère, prématurément enlevé à l'exercice de sa profession.

BIBLIOGRAPHIE

L'Hérédité morbide, par le Dr Paul RAYMOND, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — *Vigot Frères*, éditeurs. 23, place de l'École de Médecine, Paris. — Un volume in-8 écu.

Parmi les questions susceptibles de fixer l'attention, non seulement des médecins, mais aussi des philosophes, des sociologues et d'une manière générale de tous ceux qui s'intéressent à l'évolution de l'humanité, l'une des plus importantes est, sans contredit, celle de l'hérédité. Tout récemment encore, elle était tout à la fois mise à l'ordre du jour d un congrès de médecine en Allemagne, présentée au public dans un roman et portée au théâtre ; et il n'est pas de jour où elle ne se pose à l'aliéniste qui étudie la genèse d'un crime aussi bien qu'au juge chargé de le punir.

Plus on ira et plus considérable apparaîtra la part qu'il faut faire dans le déterminisme des actions humaines à ce grand facteur qu'est l'hérédité.

En ce qui se rapporte plus spécialement à la pathologie générale, c'est-à-dire à la production et à l'évolution de la maladie, l'hérédité occupe la première place, et c'est elle que l'auteur met en relief dans son livre sur l'hérédité morbide. Montrant que l'hérédité « est la grande porte par laquelle on entre dans la maladie », l'auteur étudie les conséquences de cette hérédité pathologique. Il montre ce que sont les enfants d'infectés ou d'intoxiqués, ces fils de tuberculeux, de syphilitiques, d'alcooliques, etc. et qu lles générations d'anormaux, de névrosés, de dégénérés préparent les infections ou les intoxications parentales. Il étudie ces questions si obscures de l'hérédité des malformations des maladies familiales, de même qu'il discute les recherches nouvelles sur les perturbations apportées à nos tissus, à nos humeurs, à toutes nos cellules par la tare héréditaire. Les problèmes de l'imprégnation de la consanguinité, celui de la prédominance d'action de l'un ou de l'autre facteur sur le produit, soi t discutés et des exemples nombreux sont rapportés comme pièces justificatives.

Ce livre, qui résume les acquisitions récentes de la clinique et de l'expérimentation sur cette vaste question de l'hérédité dans ses rapports avec les maladies, s'adresse aussi bien à l'étudiant qu' u médecin praticien et au grand public qui s'intéresse aux secrets de la biologie.

Les épidémies et les maladies contagieuses au XXe siècle, par le docteur Jules FÉLIX, professeur à l'Université nouvelle de . ruxelles. Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole de Médecine, Paris. Un volume in-18 jésus avec nombreuses figures.

Le livre de M. le docteur Jules FÉLIX, est, pour tous ceux

qui s'intéressent aux questions sociales, une lecture nécessaire. Il a trait à l'un des aspects les plus attristants de la Pathologie des sociétés.

L'auteur y a mis tout son cœur et tout son savoir : l'un et l'autre sont grands, profonds et élevés, surtout largement imprégnés d'humanité et de pitié, sans jamais cependant abandonner le solide terrain des méthodes positives. Son livre permet heureusement au grand public de profiter des leçons si intéressantes qu'il a consacrées à un sujet d'intérêt si général et si direct, à l'Ecole des sciences sociales de l'Institut des Hautes Etudes de l'Université nouvelle de Bruxelles dont il est l'un des plus vaillants collaborateurs et fondateurs. Il est au courant des plus récentes données de la science contemporaine et il les expose avec une clarté incomparable en nous laissant toujours entrevoir les conséquences générales et philosophiques de chaque découverte scientifique.

C'est l'œuvre d'un médecin dont la méthode est surtout préventive et non répressive et par cela même curative. Traitant de maladies dont le caractère est surtout collectif, il agit avec raison sur le milieu non seulement physique mais social. Les spécialistes mêmes y apprendront quelque chose, ne fut-ce qu'à être un peu moins spécialistes par la considération permanente de la fonction générale et sociale de la science.

C'est ce caractère à la fois profondément humain et savant de l'œuvre du docteur Félix qui en assure le succès ; c'est un beau et un bon livre d'étude et de propagande.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **L'abus des lavages d'intestins**, par le docteur Ch. Esmonet, extrait des *Archives générales de médecine*, avril 1905.

— **Les jardins ouvriers dans la lutte contre la tuberculose**, par le docteur Sersiron, Paris, *Mathereux*, 1905.

— **Contribution à l'étude du traitement des cystites, notamment des cystites tuberculeuses par les instillations d'huile gomenolée**, par le docteur E. Hain, thèse pour le doctorat d'Université, Paris, 1905.

— **Sur la technique et la détermination du cœfficient azoturique et sur l'importance de quelques causes physiologiques et pathologiques qui font varier ce coefficient**, par M. Maurice Dehon, extrait du *Journal de physiologie et de pathologie générale*, mai 1905.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

25e Semaine, du 18 au 24 juin 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	2
3 mois à un an	2	4
1 an à 2 ans	»	2
2 à 5 ans	1	2
5 à 20 ans	4	2
20 à 60 ans	10	5
60 ans et au-dessus	15	16
Total	36	33

Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	6	16	19	24	12	12	7	12	11	»	7	126
TOTAL des DÉCÈS	4	10	6	13	6	12	4	2	8	1	1	67
Causes principales de décès:												
Autres causes de décès	2	2	2	4	4	5	2	»	2	»	»	23
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	»	2	1	1	»	»	»	1	»	»	5
Maladies organiques du cœur	»	1	»	1	»	»	»	1	»	»	»	3
Bronchite	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	2
Apoplexie cérébrale	»	»	»	2	»	3	1	»	2	»	1	9
Cancer	»	1	»	»	»	2	»	1	2	1	»	7
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Bronchite et pneumonie	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2
Grippe	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Erysipèle	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Tuberculose pulmonaire	»	4	1	2	1	1	»	»	»	»	»	9
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.
Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 443. Neuvième Annee. N° 28 Le Numéro : **10** centimes 9 Juillet 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos de l'opothérapie rénale

par **L. Arquembourg,** interne des hôpitaux.

L'idée d'employer dans le traitement des affections rénales l'extrait de rein n'est pas nouvelle. Dans un ouvrage intitulé : « La médecine chez les Chinois et les Annamites », le docteur Jules Regnault dit que cette médication remonte à la plus haute antiquité, connue de temps immémorial en Grèce, à Rome, et dans l'Inde; fort en honneur chez nous au moyen-âge, puis abandonnée aux empiriques et aux sorciers, elle n'a pas cessé de jouir d'un grand crédit en Chine. Les Chinois qui prescrivent un extrait de foie de porc (Tchou Kan Tchep) contre certaines affections du foie ; un extrait de testicules de tigre contre l'impuissance sexuelle et la débilité, se servent aussi couramment d'extrait rénal contre les affections de cet organe. Chez nous il faut revenir aux études modernes pour voir reparaître l'opothérapie rénale.

L'hypothèse, émise par Brown-Séquart, d'une sécrétion rénale interne, remit en honneur cette méthode thérapeutique.

Ainsi que l'a rappelé le docteur Tarruella, au Congrès de médecine de Paris de 1900, l'hypothèse de Brown-Séquart a été fortement appuyée par les travaux de Meyer, Bunge, Schmiedeberg, Ajello y Parascandolo, Popof, Charrin, Bernard ; et à côté de la fonction éliminatrice du rein on doit placer une fonction interne qui, quoique inconnue dans son essence même, est néanmoins revélée pas maintes expériences.

Dieulafoy, le premier, eut l'idée d'appliquer à la thérapeutique des néphropathies cette fonction interne. Il se servit pour cela d'un liquide préparé par M. Renon de la façon suivante :

On prend la substance corticale d'un rein de bœuf, (environ 200 grammes) on la triture avec 300 grammes de glycérine neutre et 200 grammes d'eau salée à 5 0/0 et stérilisée. Le tout est fait aseptiquement. On laisse macérer pendant cinq heures dans un vase entouré de glace et on filtre au papier Chardin et à la bougie Chamberland.

On a ainsi 50 à 55 grammes d'un liquide jaunâtre, visqueux et transparent, dont on injecte jusqu'à 6 grammes par jour.

Le professeur DIEULAFOY eut l'idée de cette préparation à l'occasion d'un malade dont il a présenté l'observation à la Société médicale des hôpitaux en 1893. Cet homme, atteint d'urémie avec anurie, reçut plusieurs injections de suc rénal ; il mourut au bout de quelques jours, mais put uriner, grâce aux injections. « Je me garderai bien, dit M. DIEULAFOY de porter un jugement sur ce moyen nouveau, après un seul cas, alors surtout que le malade est mort. Je ferai simplement remarquer que la sécrétion urinaire, complètement interrompue pendant cinq jours a reparu dès le deuxième jour des injections. En même temps le malade sortait de sa torpeur, buvait volontiers son lait. Les sueurs d'urée diminuaient. Enfin j'ai constaté nettement qu'après chaque injection de néphrine, surtout après les premières, l'ensemble des symptômes était heureusement modifié.

Aussi sans vouloir tirer aucune conclusion, crois-je permis d'espérer que les injections sous-cutanées de réphrine pourront entrer dans la thérapeutique, à titre de diurétique et rendre quelques services, surtout dans l'oligurie et l'anurie brightique. Ce procédé serait une application nouvelle de la méthode générale imaginée par BROWN-SÉQUARD et qui est à l'étude. »

M. ARCHAMBAULT (1) cite ces conclusions de M. DIEULAFOY ; il parle en même temps des expériences de CONCETTI, TEISSIER, FRAENKEL, OBOLENSKI et PICHINI. CONCETTI (2) a employé la néphrine dans trois cas de néphrites aiguës et trois cas de néphrites chroniques. Il dit avoir eu une diminution de l'albumine et une augmentation de la diurèse. MM. TEISSIER et FRAENKEL ont essayé également l'extrait rénal et n'ont pas noté d'effet diurétique, ni de modification apparente de la densité du sang, mais une augmentation du pouvoir toxique de l'urine. Dans un cas l'albumine disparut.

Le professeur OBELENSKI de Kharkoff a obtenu une stimulation de la fonction des reins, une augmentation de la diurèse, et une plus grande excrétion d'urée, d'acide urique et de sels urinaires.

PICCHINI a obtenu des résultats thérapeutiques nuls. Aucune des manifestations de la néphrite n'a été influencée ; l'albuminurie a même augmenté. Toutes ces expériences ont été faites soit avec la néphrine de DIEULAFOY, soit avec la rénaline de PŒHL dont un gramme correspond à cinq grammes de tissu rénal. MM. TEISSIER et FRAENKEL se servaient d'extrait glycériné trituré et macéré vingt-quatre heures avec de l'eau glycérinée à 1/10.

De son côté TARRUELA juge assez sévèrement l'organothérapie rénale. Ayant employé l'extrait rénal dans quatre cas de néphrite interstitielle ou sclérosique chronique, un cas de forme hématurique chronique sans œdème et avec albuminurie constante oscillant entre un et deux grammes pour cent et deux cas de forme parenchymateuse ou diffuse, les résultats furent nuls dans les quatre premiers cas ; le cas à forme hématurique ne subit aucune modification appréciable.

Enfin dans les deux cas de néphrite parenchymateuse, l'état général s'améliora au point qu'on ne vit plus aucun signe externe de maladie ; les forces revinrent, on put remplacer la diète lactée par un régime mixte et la guérison fut aussi complète que possible, elle s'est maintenue.

L'opothérapie ne pourrait donc exercer aucun effet dans les états de rein cirrhotique, atrophique, par contre dans la néphrite épithéliale la guérison se produirait d'une façon presque absolue.

S'il en était ainsi l'opothérapie agissant dans un nombre limité de cas pourrait encore rendre certains services, malheureusement la communication de NEFEDIEFF à la Société de Biologie, et surtout les multiples communications de CASTAIGNE ont donné à réfléchir et ont jeté pendant un certain temps sur cette médication un grand discrédit.

A la séance du 17 mai 1902 de la Société de Biologie, MM. CASTAIGNE et RATHERY ont déposé un travail sur : Les lésions des reins produites par injection d'émulsion rénale ou de sérum néphrotoxique.

Pour faire cette étude, ils prélevèrent les reins dont ils voulaient faire l'examen histologique, sur l'animal encore vivant ou immédiatement après la mort. Pour la fixation ils se servirent de la méthode de VAN GEHUCHTEN (chloroforme, alcool, acide acétique), pour la coloration, du procédé de SAUER. Après s'être assurés que l'injection intrapéritonéale était beaucoup mieux supportée que l'injection sous-cutanée, ils injectèrent à des animaux des reins d'animal de même espèce et d'espèce différente.

RAMOND et HULOT avaient déjà observé des lésions rénales chez un cobaye qui avait reçu en injection le rein d'un autre cobaye. Si on enlève un rein à un lapin par néphrectomie et si on lui injecte ensuite dans le péritoine l'émulsion de ce rein, l'animal ne tarde pas à succomber après avoir présenté une

(1) *Journal de Médecine de Paris*, 1902, p. 150.
(2) *L'organothérapie dans les maladies rénales de l'enfance*. XII° Congrès Int. de méd. Moscou.

albuminurie très notable et avoir diminué de poids.

Si à un second lapin on injecte maintenant une émulsion de rein de cobaye, l'animal résiste dix à douze jours à l'injection d'un seul rein, mais présente des accidents toxiques (surtout albuminurie et amaigrissement progressif); l'injection de l'émulsion de deux reins entraîne la mort dans les vingt-quatre heures.

A l'examen histologique on constate un mode d'altération particulier des tubuli contorti, cette lésion primordiale prend le nom de « cytolise protoplasmique des tubes contournés. »

Le processus de cytolise présente plusieurs stades, suivant l'intensité des lésions.

Au premier stade la cellule semble saine au premier abord, seulement on constate autour du noyau une véritable auréole claire où les granulations ont disparu.

Au second stade les granulations ont disparu dans presque toute l'étendue de la cellule qui a pris un aspect clair. Au niveau de la base persiste une bande peu épaisse de granulations. Au milieu de l'espace clair se trouve le noyau boursouflé.

Au troisième stade tous les éléments constitutifs du protoplasma ont disparu, il ne reste plus qu'un vague stroma cellulaire couronné par sa bordure en brosse et au milieu duquel persiste encore un noyau très altéré ou des débris nucléaires.

Si le mode d'intoxication est très énergique toutes les cellules sont atteintes en même temps, mais à des degrés divers. Si le poison est moins toxique, les lésions sont parcellaires, elles se font par îlots, et même dans les îlots atteints on peut voir quelques cellules respectées.

Si le travail de MM. CASTAIGNE et RATHÉRY se trouvait confirmé, on devine combien le discrédit jeté sur la cause de l'opothérapie rénale serait difficile à atténuer.

L'expérience a semblé pendant un certain temps lui donner complètement raison, à tel point que le professeur ARNOZAN a pu écrire les lignes suivantes (1) :

« Si on a cru pouvoir noter quelques succès passagers dans l'urémie, si on a cru voir s'atténuer quelques-uns des symptômes de l'insuffisance rénale, on n'a jamais fait disparaître l'albuminurie ni guéri le mal de BRIGHT.

(1) État actuel de l'opothérapie. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*. 1903.

L'usage clinique de ces préparations est donc à peu près tombé en désuétude. Si on en reparle depuis quelque temps, ce n'est pas à leur avantage : les expériences de CASTAIGNE, RATHÉRY, LINOSSIER, ASCOLE montrent en effet que les substances tirées du rein sont fortement toxiques et même spécialement toxiques pour le rein. »

La question semblait donc jugée, et la condamnation sévère portée sur l'opothérapie rénale, telle qu'elle était connue jusqu'en 1903 paraissait destinée à la faire disparaître de la thérapeutique. Pourtant au moment où le professeur ARNOZAN formulait son sévère jugement, à Lyon M. RENAUT inaugurait des recherches qui devaient d'après lui doter la thérapeutique d'une méthode qui présentait sur ses devancières l'avantage d'être beaucoup plus active, beaucoup plus efficace et plus durable dans son effet ; de plus, bien loin de présenter le grand inconvénient d'être toxique et de produire une action funeste sur le rein, elle semblait améliorer la filtration et déterminer un travail de régénération de l'organe qui mènerait vers la guérison.

La méthode de M. RENAUT fut vulgarisée de la façon suivante :

Le 22 décembre 1903 M. G. RENAUT fait à l'Académie de médecine une communication intitulée : Pouvoir sécrétoire et signification glandulaire des épithéliums des tubes contournés du rein et valeur thérapeutique de leurs préproduits solubles dans l'eau.

Il rappelle tout d'abord le travail d'HEIDENHAIN : Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Niere (*Arch. f. mikr. Anat.*, 1874) dans lequel l'auteur avait montré que « le rein sélectionne dans le sang, puis accumule électivement et exclusivement dans l'épithélium strié de ses propres tubes contournés, enfin élimine par la lumière de ceux-ci le sulfindigotate de soude introduit sur le vivant dans une veine. Il avait conclu de là et d'emblée que tel était également le mode et telle la voie de l'élimination de l'urée ».

A la suite des contradictions et des travaux suscités par la controverse l'auteur de la communication considère le rein comme une glande vraie ; et il expose en ces termes la sécrétion rénale : « tout l'épithélium strié à bâtonnets protoplasmiques de R. HEIDENHAIN (c'est-à-dire le tube contourné, la branche large de l'anse de HENLE et la pièce intermédiaire de SCHWEIGER-SEIDEL), jouit au plus haut degré de l'activité sécrétoire. Je veux dire qu'il sélectionne électivement dans le sang, par son pôle basal ou susceptif, une

série de matériaux transformables ; qu'il introduit, accumule et condense ceux-ci dans son cytoplasme au sein d'un dispositif figuré à la fois variable et constant de vacuoles à paroi active, ou s'élaborent à leurs dépens des substances nouvelles : liquides ou grains de ségrégation. Enfin, ce même épithélium excrète, à travers la cuticule striée continue qui borde ses pôles libres et limite la lumière du tube, un produit définitif. Ce contingent fourni à l'urine par chacune des cellules composant par leur ensemble l'épithélium strié des canaux contournés, ne peut être, dans ces conditions, identifié avec ce qui primitivement avait été extrait du sang par l'intussusception cellulaire : c'est un produit de sécrétion comme celui des glandes ordinaires.

Chaque cellule épithéliale du tube contourné s'est comportée, dans tout le mouvement que je viens de résumer ici, exactement comme une cellule glandulaire. Autrement dit, c'est une cellule glandulaire ».

Renaut cite ensuite les travaux de ses élèves Regaud et Policard (1).

Dans ces différentes communications, Regaud et Policard ont signalé dans la région infranucléaire de la cellule striée la présence d'une série de vacuoles de ségrégation ; ces vacuoles sont de deux ordres : les unes cristalloïdes, les autres lipoïdes.

Le contenu des vacuoles cristalloïdes serait formé par de l'eau chargée plus ou moins de sels minéraux ou de matières azotées solubles dans l'eau et non albuminoïdes. Il reste incolore par l'acide osmique et les différents réactifs.

Le contenu des vacuoles lipoïdes, insoluble dans l'eau, se comporte à la façon des graisses.

Dans la région supranucléaire de chaque cellule épithéliale, on trouverait les grains de ségrégation proprement dits. Ces grains observés déjà par Arnold ont été comparés par lui aux grains de ségrégation d'une glande séreuse (2).

Regaud et Policard ont étudié ces grains dans des solutions très étendues de rouge neutre dans un sérum artificiel sensiblement isotonique aux cellules épithéliales du tube contourné et ils ont remarqué que ces grains s'élaborent au sein d'un liquide vacuolaire, où ils se conditionnent à l'état de grains et grossissent ensuite en puisant dans le milieu ambiant, le sang, différentes substances. L'excrétion exocellulaire de ces grains se ferait par dialyse à travers la cuticule striée.

Ils insistent sur le rôle de condensateurs joué par ces grains et ils en tirent la conclusion suivante : les vacuoles des grains de ségrégation sont donc, dans la cellule rénale, le point où s'opère la transmutation définitive des substances à éliminer extraites du sang artériel.

Cette action du grain de ségrégation une fois admise, on remarque que si le jeu des grains de ségrégation et de leurs vacuoles ne s'effectue plus régulièrement au sein d'une cellule rénale, celle-ci deviendra du coup insuffisante. D'autre part, Regaud et Policard ayant démontré que dans chaque tube contourné répondant à un glomérule toutes les cellules fonctionnent simultanément, l'insuffisance de la sécrétion se produira dans le tube entier. L'urine deviendra pauvre en ses éléments constitutifs, particulièrement en urée.

De la théorie précédente, M. Renaut déduit l'idée de faire agir sur les substances qui doivent être éliminées de l'organisme, et dans le sang lui-même, des grains de ségrégation qui manquent au rein malade, en les empruntant à un rein étranger. Cette idée fut mise en application par le professeur Raphaël Dubois, qui présenta à la *Société de Biologie*, le 28 février 1903, une note sur l'antitoxine rénale et l'albuminurie. « L'idée directrice, qui m'a guidé, dit-il, est qu'il existe dans le rein une antitoxine normale qui cesse d'être sécrétée, ou l'est en quantité insuffisante, dès que le fonctionnement du rein est troublé.

Cette antitoxine n'est pas altérée par son passage dans le tube digestif ».

Cette antitoxine qui sélectionne, transmue et emporte avec elle dans l'urine les matériaux toxiques amenés au rein par le sang répondrait aux « condensateurs » de la cellule épithéliale des tubes contournés. Elle résiderait dans les grains de ségrégation et dans leur liquide vacuolaire.

Pour la préparation de cette antitoxine, M Renaud prend un à trois reins de porc absolument frais, ils sont ensuite décortiqués, hachés menu, lavés à l'eau distillée pour enlever l'urine toute faite. Si on veut agir plus activement on enlève la substance médullaire non sécrétrice. On choisit le rein d'un omnivore, les

(1) Note histologique sur la sécrétion rénale (Comptes rendus de la *Société de Biologie*, 28 décembre 1901). — Sur l'alternance fonctionnelle et les phénomènes histologiques de la sécrétion dans le deuxième segment du tube urinaire chez les serpents. (Comptes rendus de la *Société de Biologie*, 4 juillet 1903). — Recherches sur la structure du rein de quelques ophidiens (*Archives d'Anatomie microscopique*).

(2) Arnold. *Ueber vitale und supravitale granularfarbungen der Nierenepithelien Anat. Anzeiger*, t. XXI, 1902).

grains de ségrégation y étant plus semblables à ceux du rein humain. L'expérience a du reste prouvé la moindre activité des macérations rénales d'herbivores.

Le hachis du rein est broyé au pilon dans un mortier avec quatre cent cinquante centimètres cubes d'eau salée à sept pour mille. Les grains de ségrégation passent ainsi dans la solution isotonique sans s'y dissoudre et ils conservent un certain temps leur rôle de condensateurs.

La bouillie obtenue est conservée dans un endroit frais. La macération peut être prise dans du bouillon à condition que la température du mélange ne dépasse pas trente degrés. On prescrit l'administration de la macération pendant des périodes de dix jours coupées d'intervalles de repos de quatre à cinq jours. La macération étant un remède très actif produit, si on la prend plus de dix jours de suite, des accidents de gravité variable : sueurs sentant l'urine, éruptions papuleuses, ortiées ou miliaires, embarras gastrique avec nausées et vomissements.

Un grand nombre d'essais thérapeutiques faits depuis le 15 mars 1903, permettent à l'auteur de tirer les conclusions suivantes :

1° Mieux que n'importe quel moyen connu, elle ouvre le rein annulé par l'œdème anémique. Elle le fait rapidement et sûrement. Elle exerce avec rapidité des effets diurétiques intenses. Quand elle est prolongée suffisamment, elle ramène l'émission urinaire à sa normale et l'y maintient. Elle le fait sans exercer aucune vulnération sur le rein malade.

2° Cette méthode réduit sûrement l'albumine émise par le rein insuffisant tout en remettant celui-ci en pleine activité. Elle peut même faire disparaître l'albumine pendant de longues périodes. Elle pourrait, en conséquence, avoir des chances de favoriser, par le repos fonctionnel prolongé, la restauration des épithéliums rénaux d'ordre glandulaire, dans les cas, en somme assez nombreux, où une telle restauration est histologiquement possible.

3° C'est là, comme l'a découvert et indiqué d'emblée Raphaël Dubois, une méthode antitoxique au premier chef. Le fait capital consiste dans ce que cette antitoxine n'est pas détruire par son passage dans le tube digestif.

4° A part des petits accidents subtoxiques, elle n'a jamais déterminé d'accidents réels. Elle a au contraire exercé son action de désintoxication de façon progressive et régulière. L'hypertension artérielle, le galop de Traube, la tendance du cœur des brightiques interstitiels à la dilatation passive terminale ont toujours rétrogradé sous son influence, pourvu que cette dernière ait été maintenue suffisamment prolongée. »

Tel est en résumé la communication du professeur Renaut. Elle souleva naturellement une discussion à l'Académie de médecine : M. Chantemesse discuta l'existence de l'antitoxine et s'appuyant sur l'expérience de Sacerdoti, attribua l'action stimulante de la macération sur le rein à l'absorption de produits glandulaires de même nature. L'opothérapie agirait en favorisant la régénération glandulaire.

Quel que soit le mode d'action de la macération de rein, les résultats obtenus par M. Renaut devaient susciter un peu partout une série d'expériences. La nouvelle méthode d'opothérapie rénale fut essayée à Bordeaux. A la séance du 8 octobre 1904 de la Société d'anatomie et de physiologie de cette ville M. Charrier dépose un travail sur les modifications urinaires consécutives à l'emploi de la macération de rein.

De ce travail (1) se dégage en premier lieu l'idée suivante : la macération rénale est un excellent diurétique. Dans les cinq observations publiées par M. Charrier nous notons en effet une notable élévation de l'émission des urines, montant souvent à trois litres, dès le premier jour de prise de la macération et cela chez des malades qui auparavant urinaient peu. L'effet diurétique essayé chez un individu sain a été très concluant, cet homme urinait trois litres le premier jour, deux le lendemain, deux litres cent le surlendemain, deux litres cinq cents le quatrième jour et deux litres six cents le cinquième.

Par conséquent, entre toutes les médications, celle-ci est susceptible d'ouvrir le rein annulé par quelque insuffisance que ce soit. Elle peut le faire sans l'intermédiaire d'autres procédés. Elle provoque l'amélioration, fait disparaître œdème, céphalée, même si le malade suit le régime carné (observation V, le malade atteint en même temps de néphrite et de tuberculose pulmonaire, ingérait en dehors de ses repas cent cinquante grammes de viande crue).

Par contre le procédé ne semble pas diminuer l'albumine aussi sûrement que l'a indiqué le professeur Renault, Charrier, chez trois malades sur cinq, a bien vu l'albumine diminuer et même disparaître définitivement ; mais chez un autre elle n'a pas subi de changement, ce qui prouve que lorsque l'altération des

(1) *Journal de Médecine de Bordeaux*, 13, 20, 27 novembre 1904.

cellules du rein est trop avancée il est inutile de compter sur leur restauration par la macération.

Enfin les chlorures et l'urée inférieurs au début de leur excrétion remontent peu à peu. A ce sujet, l'auteur fait remarquer qu'il est étonnant qu'une médication comme la macération de rein qui est chlorurée et contient cinq grammes de chlorure pour quatre cents centimètres cubes absorbés journellement produise une amélioration et une décharge de chlorures dans une maladie où la rétention de chlorures jouerait un rôle capital. Ceci démontrerait donc incidemment que si dans certains cas l'accumulation de chlorures joue un rôle important, il y a dans l'urémie d'autres facteurs que l'hyperchloruration, ces autres éléments sont probablement glandulaires ; et, peut-être, la médication par la glande rénale s'adresse-t-elle à eux pour donner les succès qui ont été constatés.

De plus, la préparation produit très rarement des accidents toxiques, très bénins du reste. Au contraire, elle semble exercer une action de désintoxication progressive, hypertension artérielle, bruit de galop, tendance à la dilatation cardiaque ont rétrocédé sous son influence.

Au cours de la discussion provoquée par le dépôt de son travail, M. Charrier avait bien insisté sur ce point que la macération n'exerce aucun effet nuisible sur le rein.

Il semblait donc que la macération de rein était excellente à différents points de vue, seulement elle présente deux gros inconvénients, d'abord la difficulté de préparation, elle doit être faite au jour le jour et ne se conserve pas, ensuite elle provoque chez le malade une certaine répulsion, à cause de son aspect lavure de chair et de son odeur peu agréable, surtout en été. Ces deux inconvénients devaient exciter à faire de nouvelles recherches pour trouver un médicament doué d'une meilleure conservation, d'un aspect plus engageant, tout en conservant les mêmes qualités.

A la lecture des résultats obtenus par MM. Renault et Charrier la méthode semblait donc excellente et nous fûmes amenés à l'expérimenter dans le service de M. le professeur Combemale.

Pour obvier aux deux inconvénients, que nous venons d'énoncer, nous nous servîmes d'un extrait de rein de porc préparé à froid et mélangé à du sucre de lait. 12 grammes du mélange correspondaient à la substance active d'un rein. Cette préparation se présentait sous l'aspect d'une poudre jaunâtre facile à avaler, ne produisant aucun sentiment de dégoût sur le malade et se conservant facilement.

Deux malades alors en traitement dans le service absorbèrent de ce médicament.

Observation I. — B.. A... vingt-huit ans, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Combemale, le 4 novembre 1904. Son passé pathologique est assez chargé, rougeole, scarlatine, coqueluche étant tout jeune, plus tard entérocolite mucomembraneuse et des angines à répétition. Adulte il reste couché plusieurs semaines à cause d'une grippe très sérieuse. Enfin dès l'âge de vingt-quatre ans il commence à ressentir une gêne constante au niveau de son cœur avec des paroxysmes douloureux, à cette époque il avait des céphalées, des crampes et ses urines contenaient déjà de l'albumine. A vingt-sept ans, à l'occasion d'un refroidissement, il fait de l'œdème des jambes puis de l'anasarque Il a de la diarrhée, des vomissements, son cœur devient de plus en plus tumultueux, ses reins sont souvent douloureux. Il se soumet alors au régime lacté ; au bout de sept mois on trouve à l'analyse de ses urines les résultats suivants:

Volume : 2.200 centimètres cubes ; Couleur : jaune paille ; Odeur : un peu forte ; Aspect : Dépôt assez abondant ; Réaction : acide ; Densité : 1013.

Analyse chimique. — Chlorures par litre : cinq grammes cinquante-trois ; par vingt-quatre heures : douze grammes seize ; Urée : par litre : quinze grammes ; par vingt-quatre heures : trente grammes quatre-vingt ; Albumine par litre : un gramme ; par vingt-quatre heures : deux grammes vingt.

Examen microscopique. — Le culot de centrifugation est constitué par un petit nombre de leucocytes, de l'urate d'ammoniaque, pas de cylindres.

La perte de forces s'accentue, les douleurs de reins deviennent continues, on relève tous les signes de brightisme, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Il présente à cette époque du lumbago, de la céphalalgie, des vertiges, des troubles de la vue et de l'ouïe, des troubles gastriques et intestinaux tels que digestions pénibles, constipation, météorisme.

Il urine 2 litres 500 en vingt-quatre heures, on trouve 2 grammes 60 d'albumine par litre, l'urée et les chlorures sont au taux normal, pas de sang ni d'hémoglobine, ni d'indican, ni d'urobiline. Quelques cylindres hyalins et épithéliaux.

A l'inspection du cœur on voit la pointe battre dans le sixième espace intercostal, à un centimètre environ en dehors de la ligne mamelonnaire. A la palpation on sent une sorte de choc en dôme de la pointe. La matité absolue du cœur est augmentée dans tous les sens. A l'auscultation, dans le deuxième espace intercostal droit le premier temps est claqué, parfois dédoublé, le second est soufflé. Les vaisseaux sont animés de battements. Le foie n'est pas volumineux. L'estomac n'est pas dilaté. L'appareil pulmonaire est sain. Rien du côté du système nerveux, pas de rétinite albuminurique.

On administre au malade deux cuillerées à café par

jour d'extrait rénal, soit deux reins de porc par jour les 22, 23 et 24 novembre et on trouve à l'examen des urines :

22 novembre,	volume	1.400 c.c.,	albumine	totale	2 gr. 25
23 »	»	2 litres	»	»	3 gr.
24 »	»	2 litres 100	»	»	2 gr. 50

Pendant une période de repos du 25 au 28 novembre.

25 novembre,	volume	2 litres,	albumine	totale	2 gr. 25
26 »	»	2 litres 200	»	»	2 gr. 50
27 »	»	2 litres 100	»	»	2 gr. 30

Pendant une période de reprise du médicament.

28 novembre,	volume	2 litres 600,	albumine	totale	2 gr. 75
29 »	»	2 litres 700	»	»	3 gr.
30 »	»	2 litres 500	»	»	2 gr. 75
1er décembre,	»	2 litres 600	»	»	2 gr. 75
2 »	»	3 litres	»	»	3 gr.
3 »	»	2 litres 800	»	»	2 gr. 75
4 »	»	2 litres 10[illegible]	»	»	2 gr. 35
5 »	»	2 litres 900	»	»	3 gr.
6 »	»	2 litres 850	»	»	3 gr.
7 »	»	2 litres 500	»	»	2 gr. 50

Pendant une période de repos du 8 au 16 décembre.

8 décembre,	volume	2 litres 650,	albumine	totale	2 gr. 75
9 »	»	2 litres 300	»	»	2 gr. 50
10 »	»	2 litres	»	»	2 gr.
11 »	»	2 litres 100	»	»	2 gr. 50
12 »	»	2 litres	»	»	2 gr. 75
13 »	»	2 litres 050	»	»	2 gr. 50
14 »	»	2 litres 200	»	»	2 gr. 80
15 »	»	2 litres	»	»	2 gr. 75

Le malade reprend de l'extrait de rein à partir du 16 décembre, on note à l'examen des urines :

16 décembre,	volume	2 litres 500,	albumine	totale	3 gr.
17 »	»	2 litres 800	»	»	3 gr. 40
18 »	»	2 litres 600	»	»	4 gr. 3
19 »	»	2 litres 400	»	»	4 gr. 2

L'examen des urines fait le 19 décembre par M. le professeur agrégé Deléarde donne exactement le résultat suivant :

Volume : 2 litres 400.
Albumine : 2 grammes par litre ou 4 gr. 2 d'albumine totale.
Urée : 8 grammes par litre.
Chlorures : 3 grammes par litre.
Sédiment : cristaux d'urate, cylindres épithéliaux et cirrheux.

Le malade se plaint à ce moment de violentes douleurs lombaires, son état général s'altère manifestement, et nous cessons immédiatement l'administration du médicament de crainte qu'il ne soit la cause de la poussée aiguë que nous venons d'observer.

Sous l'influence du repos et du régime lacté seul l'amélioration revient rapidement et notre malade sort à la fin du mois.

De nos analyses d'urine il résulte que si la polyurie a été marquée dès le début du traitement, la quantité d'albumine totale n'a jamais diminué, au contraire une poussée aiguë nous a forcé à suspendre la médication.

Observation II. — N... F..., âgé de cinquante-neuf ans, entre dans le service de M. le professeur Combemale, le 7 novembre 1904, pour des accidents brightiques. Nous avions déjà eu l'occasion de l'observer au mois d'août 1904 ; il présentait dès cette époque des manifestations telles que : crampes, doigt mort, vertiges et de grands œdèmes. Il resta à ce moment un mois dans le service, présentant constamment dans ses urines une quantité d'albumine totale oscillant entre 5 et 6 grammes pour un volume d'environ 2 litres Il sortit amélioré par le régime lacté vers le 30 septembre, à peine dehors il reprit l'alimentation carnée et retomba malade.

Lorsqu'il se décide à revenir, son état général est plus mauvais que lors de son premier séjour dans le service. Il présente de grands œdèmes, des douleurs lombaires, de la céphalalgie, sa vue a baissé. Son cœur est hypertrophié, à l'auscultation on trouve du bruit de galop. Le foie n'est pas volumineux. L'appareil pulmonaire est sain. Rien du côté du système nerveux, pas de rétinite albuminurique. Par l'interrogatoire, pas plus que la première fois, le malade ne nous révèle aucun détail susceptible de nous éclairer sur la pathogénie de sa néphrite : il n'a jamais été malade jusqu'au mois d'août 1904.

Il est mis au régime lacté dès son arrivée, les œdèmes disparaissent, l'état général est meilleur. Le 16 nov. on trouve à l'examen des urines : volume deux litres cinq cents, albumine totale six gr. Du 17 au 25 nov. on administre deux cuillerées à café par jour d'extrait rénal tout en continuant le régime lacté et on trouve à l'analyse des urines :

17 novembre,	volume	2 litres 100,	albumine	totale	6 gr.
18 »	»	2 litres	»	»	4 gr. 75
19 »	»	2 litres 100	»	»	5 gr.
21 »	»	1 litre 850	»	»	6 gr. 5
22 »	»	2 litres 200	»	»	5 gr.
23 »	»	1 litre 900	»	»	5 gr. 5
24 »	»	1 litre 650	»	»	5 gr.

Pendant une période de repos du 25 au 28 nov. :

25 novembre,	volume	2 litres 150,	albumine	totale	4 gr. 75
26 »	»	2 litres	»	»	5 gr.
27 »	»	2 litres 100	»	»	4 gr. 75
28 »	»	2 litres 200	»	»	4 gr. 80

Pendant une deuxième période de reprise du médicament, du 28 novembre au 8 décembre :

28 novembre,	volume	2 litres 200,	albumine	totale	4 gr. 75
29 »	»	2 litres 300	»	»	5 gr.
30 »	»	2 litres 200	»	»	5 gr. 50
1er décembre,	»	1 litre 900	»	»	5 gr. 25
2 »	»	2 litres 100	»	»	5 gr.
3 »	»	2 litres 100	»	»	5 gr. 25
4 »	»	2 litres 300	»	»	4 gr. 75
5 »	»	2 litres 400	»	»	5 gr. 24
6 »	»	2 litres 500	»	»	5 gr. 50
7 »	»	2 litres 600	»	»	6 gr.

Pendant une période de repos, du 8 au 16 décembre :

8 décembre,	volume	2 litres 500,	albumine	totale	5 gr. 75
9 »	»	2 litres 300	»	»	5 gr. 50
10 »	»	2 litres 150	»	»	5 gr. 50
11 »	»	2 litres	»	»	5 gr. 25
12 »	»	1 litre 950	»	»	5 gr.
13 »	»	2 litres	»	»	5 gr. 50
14 »	»	2 litres 050	»	»	5 gr. 25
15 »	»	2 litres	»	»	5 gr. 50

Pendant une troisième période de prise du médicament, du 16 au 21 décembre 1904 :

16 décembre,	volume	2 litres 100,	albumine	totale	6 gr.	
17	»	» 2 litres 200	»	»	7 gr.	
18	»	» 2 litres 300	»	»	6 gr.	50
19	»	» 2 litres 500	»	»	7 gr.	50
20	»	» 2 litres 400	»	»	8 gr.	
21	»	» 2 litres 100	»	»	8 gr.	25

L'analyse des urines, faite le 19 décembre par M. le professeur Deléarde, nous donne le résultat suivant :

Volume : 2 litres 500.
Albumine : 3 grammes par litre 7 gr. 50 par jour.
Urée : 5 grammes par litre.
Chlorures : 0 gr. 75 par litre.
Sédiment : cristaux d'urates et de phosphates.

Devant l'augmentation constante d'albumine nous cessons la médication ; le malade, soumis au seul régime lacté voit bientôt disparaître ses douleurs lombaires et sort au début du mois de janvier.

Il ressort de cette observation, comme de la précédente, que l'albuminurie n'a jamais diminué et a fini par augmenter brusquement au point de faire cesser le traitement, de plus la polyurie n'a plus été si marquée ici que dans le premier cas, au début le volume des urines a même baissé un peu, l'action diurétique s'est affirmée plus tardivement.

Ces résultats contrastaient tellement avec ceux de M. Renaut que nous en fûmes surpris d'autant plus qu'à cette époque paraissait l'article de M. le docteur Choupin dans la *Revue de Médecine*, il prônait lui aussi le traitement lyonnais.

Mais au début de 1905 parut à Bordeaux la thèse du docteur Michel qui, tout en admettant l'action diurétique de la macération, faisait quelques réserves sur l'action, sur l'albuminurie : les phénomènes urémiques rétrocèdent bien, disait-il, mais l'action sur l'albumine est faible et inconstante.

Puis M. le docteur A. Guérin écrivait dans le *Journal de médecine de Bordeaux* que l'on s'était trop peu préoccupé jusqu'ici de la dose à laquelle il faut prescrire le médicament. A son avis les doses d'un, deux, et trois reins prescrites par M. Renaut sont exagérées, et en effet, pour notre part, nous avons eu des mécomptes avec une dose journalière de deux reins. M. Guérin cite un petit fait qui montre à quel point la question est encore obscure à certains points de vue, dans le cas où il a obtenu les moins mauvais résultats le malade avait mal interprété la prescription et ajoutait journellement 15 grammes de chlorure de sodium à sa macération. Or on a remarqué que nous avions bien soin de déchlorurer l'extrait rénal pour obvier à un reproche fait à la macération de contenir du sel.

Enfin, il y a quelques jours, paraissait dans la *Gazette des sciences médicales de Bordeaux* un article de M. le docteur Jacques Carles qui obtint des résultats très appréciables pendant l'administration du médicament mais vit dès qu'il le suspendit apparaître des signes d'intoxication plus élevés qu'avant et une albuminurie plus notable. De plus il raconte qu'à la suite d'expériences pratiquées sur des animaux avec des quantités de macération rigoureusement proportionnelles à celles préconisées par M. Renaut chez l'homme, il vit apparaître chez tous ses animaux des lésions rénales graves, caractérisées par une infiltration glomérulaire et surtout une dégénérescence granuleuse profonde des cellules des tubuli.

Ces expériences nous ramènent on le voit à celles de MM. Castaigne et Rathéry qui avaient jadis jeté le discrédit sur l'opothérapie rénale.

La question nous semble donc suffisamment jugée, les espérances soulevées par la communication de M. Renaut, soutenues un moment par les résultats publiés par M. Charrier, ne se sont pas réalisées.

Seule l'action diurétique de l'extrait de rein a été reconnue par tous les expérimentateurs et encore cette action n'est-elle pas toujours très active, on a pu s'en convaincre par les chiffres que nous publions. D'autre part est-il bien prudent de produire cet effet diurétique sur un rein déjà malade au moyen d'un médicament susceptible de produire par lui-même des lésions graves de la partie sécrétante de la glande. Cet effet nocif n'est pas contestable : si l'on doutait de la similitude des lésions produites chez les animaux en expériences et chez l'homme, l'augmentation notable de l'albuminurie notée par M. le docteur Carles comme par nous, suffirait à la démontrer. Nous sommes donc encore loin de cette régénération possible de l'épithélium rénal qu'on nous laissait entrevoir, et l'opothérapie rénale nous apparaît comme une méthode dangereuse dans l'état actuel de nos connaissances ; elle semble réclamer encore la plus grande réserve dans son application.

Moyen simple, pratique et efficace d'empêcher les déchirures du périnée pendant l'accouchement

par le docteur **Maguin**, d'Audruicq (Pas-de-Calais).

Je donne ce moyen avec l'absolue certitude que quiconque l'emploiera se trouvera à l'abri, comme je l'ai été moi-même depuis plus d'un an, de toute déchirure du périnée, aussi bien chez les femmes

jeunes ou multipares, que chez les primipares ou les femmes âgées.

Chacun sait combien facilement et combien rapidement se produit la rupture du périnée. J'ignore si tout le monde est de mon avis, mais j'attribue à cet accident, qui peut avoir de si graves conséquences pour l'existence ultérieure de la femme, à deux causes principales, n'envisageant que celles qui ne dépendent pas directement de la mère, ni du fœtus, ce sont : d'abord l'impéritie ou l'inattention de l'accoucheur, et, en second lieu, la difficulté de bien appliquer sa main sur un périnée couvert de sang, de glaires, et de liquides plus ou moins visqueux qui rendent sa surface extrêmement glissante.

Une expérience rend bien compte de l'importance de cette visquosité : placez le pouce et l'index gauches disposés comme pour pincer, dans le croissant formé pour le pouce et l'index de la main droite étendue. En appuyant légèrement, vous aurez toutes les peines du monde à séparer le pouce et l'index gauches, tandis que si vous enduisez les surfaces d'un peu de mousse de savon, cette manœuvre sera rendue on ne peut plus facile.

Séchons donc nos périnées, ils ne glisseront plus ; et pour cela, ayons toujours à la main droite, au moment de l'expulsion, *une compresse bien sèche, destinée à être appliquée sur le périnée aussitôt que celui-ci sera menacé de la moindre distension.* De cette façon vous le maintiendrez dix fois plus efficacement sans appuyer beaucoup, c'est-à-dire sans mettre la moindre entrave à l'expulsion de la tête. Si cette expulsion est lente, changez votre compresse qui deviendrait visqueuse elle-même, et je réponds de l'intégrité du périnée.

C'est surtout dans l'application de forceps que cette manœuvre est le plus utile, car c'est dans ce cas surtout que les ruptures du périnée sont le plus fréquentes, pour beaucoup de raisons. Sitôt que la tête est descendue dans le bassin mou, je lâche le tracteur de la main droite et je l'abandonne à la seule main gauche (je termine toujours l'extraction avec le tracteur, n'y voyant pas plus d'inconvénient qu'à saisir les branches du forceps). De ma main droite devenue libre je saisis une des compresses, ou un des essuie-mains secs, préparés à cet effet ; j'essuie rapidement le périnée et je le soutiens en le couvrant d'une seconde compresse. Je le mets ainsi à l'abri du sang et des glaires qui le rendraient glissant, et les deux moitiés du périnée auront autant de mal à se séparer que le pouce et l'index dans l'expérience de tout à l'heure.

Depuis que j'agis de cette façon, c'est-à-dire depuis plus d'un an, je n'ai plus eu une seule déchirure, bien que j'ai eu souvent affaire à des périnées qui avaient toutes les chances possibles de se rompre pendant l'application de forceps.

Si l'on songe que tant de femmes ont à supporter pendant toute une vie pénible les conséquences d'un accident dont elles ne sont aucunement responsables, si l'on songe que, du moins à la campagne, une grande moitié des examens au spéculum ne font connaître que des suites souvent irrémédiables d'une ancienne rupture du périnée, on me pardonnera aisément d'avoir tant insisté sur un moyen aussi simple et aussi efficace de supprimer la cause de tant de maux.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Les crachats préservateurs et guérisseurs

« Comment, docteur, vous croyez que les crachats sont dangereux ? » me dit dernièrement en m'abordant dans la rue un vieux professeur de lettres, en retraite depuis de nombreuses années, atteint d'une vieille bronchite chronique, en m'indiquant de sa canne une affiche antituberculeuse : *Ne crachez pas par terre, les maladies contagieuses, la tuberculose en particulier, se communiquent par les crachats.* Il ne me laissa pas le temps de répondre.

« Tenez, moi, je crache partout, et je n'ai jamais fait je l'espère, de mal à personne. Comment pouvez-vous soutenir des idées pareilles ! On est tuberculeux, parce que vos parents sont tuberculeux : j'en ai vu, dans ma vie, des cas d'hérédité. Mais, aujourd'hui, avec le soi-disant progrès de la science, on ne croit plus à rien ! Moi je pense que les anciens avaient du bon ; ils ne faisaient pas ce que vous appelez « *la guerre aux crachats* » ; loin de là. Vous n'avez donc pas lu Plaute ? Cela ne m'étonne pas ; aujourd'hui, avec les bicyclettes et les automobiles, on ne lit plus ! Eh bien, dans les captifs, par la bouche d'Hégion, il donne une recette pour guérir la folie furieuse : « Beaucoup de gens sont fous, dit ce dernier, et en crachant sur eux on leur administre un remède salutaire ». Au moins, à cette époque, on ne vous abasourdissait pas avec la tuberculose. Actuellement, on ne parle plus que de cette maladie-là. Ne va-t-on pas raconter que dans les écoles, des camarades poitrinaires peuvent communiquer la maladie à leurs voisins. J'en ai vu des poitrinaires, des tuberculeux comme vous les appelez aujourd'hui, j'en ai eu dans mes élèves, j'en ai même eu plusieurs dans ma classe, mais c'étaient des enfants délicats.

Si on vous croyait, on n'enverrait plus les enfants à l'école ! Suétone rapporte aussi une guérison par les crachats : « Vespasien crache dans l'œil d'un aveugle et lui rend la vue ».

Mon interlocuteur fut obligé de s'arrêter ici ; il fut pris d'une quinte, et... il cracha par terre autour de lui. Après avoir toussé, craché et s'être mouché, il continua :

« Vous dites qu'il ne faut pas cracher pour préserver les autres..., mais Pline, lui, affirmait le contraire, et je pense que dans quelques siècles on étudiera encore Pline, tandis que vos médecins hygiénistes seront inconnus. Pline croyait que l'on préservait ses enfants de l'épilepsie en crachant sur eux ; que l'on empêchait les sortilèges en crachant autour de soi. La médecine change donc tous les jours ! Tenez, vos satanés microbes, je n'y crois pas. Au revoir, docteur. »

Il me quitta, avec une nouvelle quinte, et s'éloigna en crachant.

Je n'eus pas le temps de placer un mot, je remis à un autre jour la conversation de ce sceptique ; je m'éloignai, et tout en pensant qu'il serait préférable que mon vieux maître fût moins érudit et plus au courant des notions d'hygiène et de médecine indispensables, j'évitai autant que possible ses crachats qui, aussi nombreux que les étoiles, dans une belle nuit d'été, constellaient le trottoir. La prochaine fois que je le rencontrerai, je lui expliquerai la contagion de la tuberculose par les crachats des tuberculeux, qui se dessèchent et se mêlent à la poussière : il entendra le récit des expériences qui ont été faites et qui démontrent la contagion de la tuberculose : je lui dirai que la tuberculose guette les gens affaiblis et débilités ; j'espère lui faire comprendre que c'est aux personnes bien élevées et non aux tuberculeuses à donner le bon exemple. Ce sera mon tour de le « raser » : ce n'est pas Plaute, Suétone et Pline que je lui citerai, mais Laënnec, Villemin et Koch, et j'espère le convertir ; ce sera toujours sur le nombre un cracheur en moins.

(*Normandie médicale*). R. HÉLOT.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Un arrêté préfectoral réglementant la production et la vente du lait

Nous avons plaisir à porter à la connaissance de nos lecteurs l'arrêté que vient de prendre M. le Préfet du Pas-de-Calais, DURÉAULT, pour réglementer la production et la vente du lait. L'application rigoureuse de cet arrêté dont nous publions le texte, ne peut qu'avoir la plus heureuse influence sur la mortalité infantile.

Le préfet du Pas-de-Calais, chevalier de la Légion d'honneur,

Considérant que la consommation du lait en nature prend une extension toujours croissante, notamment dans les villes et agglomérations populeuses du département ;

Qu'il est reconnu et scientifiquement établi que l'état de santé des animaux destinés à la production du lait et les conditions hygiéniques de leur entretien exercent une influence marquée sur les qualités et la valeur alimentaire de ce produit ;

Que les altérations qu'il subit dans le cas de certains états morbides des animaux ou par suite des lésions de leurs mamelles, peuvent entraîner la transmission de maladies graves à l'espèce humaine, notamment aux enfants, et qu'il importe de la prévenir dans la plus large mesure possible ;

Considérant, en outre, que le vœu présenté à cet effet au Conseil général dans sa séance du 12 avril 1904, a obtenu l'assentiment unanime de cette assemblée et qu'il y a lieu, dès lors, de soumettre à une réglementation spéciale et à une surveillance particulière les exploitations et établissements affectés à la production et à la vente du lait destiné à la consommation en nature ;

Vu les articles 91, 97, paragraphes 5 et 99 de la loi du 5 avril 1884, les articles 1er et 18 de la loi du 21 juin 1898 sur le Code rural, et l'article 1er de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique ;

Vu la décision prise par le Conseil général du Pas-de-Calais dans sa séance du 3 mai 1905,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Toute personne, entretenant une vacherie en vue de la production du lait destiné à la vente en nature pour l'alimentation, devra en faire la déclaration au maire de la localité où se trouve cette vacherie dans le délai maximum d'un mois à partir de la publication du présent arrêté.

Toute personne, voulant créer une vacherie nouvelle, devra faire la même déclaration un mois avant la mise en exploitation de cette vacherie. Le maire délivrera récépissé de cette déclaration.

Les établissements ainsi déclarés seront placés sous une surveillance spéciale et soumis aux obligations déterminées par les articles suivants :

ART. 2. — Après la réception de la déclaration, le maire désignera un vétérinaire qui sera chargé de constater que les étables présentent les conditions nécessaires à une bonne hygiène des animaux, de s'assurer de l'état de santé des vaches laitières et de vérifier le bon fonctionnement de leurs mamelles.

Cette visite sera renouvelée chaque fois qu'il en sera besoin et au moins une fois par semestre. Les honoraires du vétérinaire seront à la charge exclusive du producteur de lait.

ART. 3. — Le sol des étables sera rendu imperméable et les urines devront s'écouler au dehors par une rigole pourvue d'une pente suffisante. La hauteur sous plafond sera de 2 m. 60 au moins, et elles devront être bien éclairées et aérées. Les parois intérieures seront blanchies à la chaux au moins une fois chaque année.

ART. 4. — Lorsqu'une vache en état de lactation sera atteinte d'une maladie pouvant entraîner l'altération du lait, elle devra être isolée aussitôt, et son lait ne pourra être vendu. Il en sera de même pour toute maladie ou lésion des mamelles quelle qu'en soit la nature.

ART. 5. — Aucune vache nouvelle ne pourra être intro-

duite dans l'étable réservée aux laitières sans avoir subi, au préalable, la visite spécifiée à l'art. 2.

Art. 6.— Tout propriétaire d'une vacherie établie dans les conditions de l'art. 1er sera tenu de posséder un registre dans lequel seront portées sous un numéro d'ordre et avec le signalement complet, les vaches entretenues pour la lactation. Le vétérinaire désigné à l'art. 2 y consignera, à chacune de ses visites, son appréciation sur l'état de santé des animaux et l'hygiène de l'établissement. Il dressera de sa visite un procès-verbal qu'il transmettra à la Commission sanitaire de la circonscription ou au bureau d'hygiène de la ville.

Art. 7. — La mulsion devra toujours être pratiquée avec la plus grande propreté, dans un seau parfaitement nettoyé, après lavage complet de la mamelle, des trayons et des mains du trayeur, lequel devra être sain, en bonne santé et propre.

Aussitôt après la traite, le lait sera filtré ou traité de façon à être débarrassé de toute impureté; il sera conservé à une température aussi basse que possible, dans un local aéré et propre, ne devant pas servir de chambre à coucher ni chambre pour des malades. Les récipients dans lesquels il sera conservé devront être, de même que leurs couvercles, de substance non susceptible de s'altérer ou de s'imprégner; ils seront parfaitement nettoyés et resteront couverts autant que possible. Les seaux et récipients quelconques destinés à recevoir le lait ne pourront être affectés à aucun autre usage, notamment pour boire; ils porteront, en un endroit très visible, l'inscription « Lait », en lettres bien visibles, ne pouvant ni s'effacer, ni s'enlever.

Art. 8.— Le lait vendu pour la consommation en nature devra toujours être délivré à l'état pur et de conservation parfaite, sans addition d'eau de produits conservateurs ni d'aucune autre substance, sans avoir subi aucune soustraction ni altération : il contiendra au moins trente grammes de beurre par litre.

Art. 9.— En cas de transport opéré du lieu de production au lieu de dépôt, de vente ou de consommation, par le producteur, par un dépositaire ou un marchand, ou par toute personne choisie ou rémunérée par eux, les récipients seront pourvus d'une inscription très visible, qui ne puisse s'effacer ni s'enlever, indiquant la nature du produit, lait, ou lait écrémé qu'ils contiennent, ainsi que les noms, prénoms et domicile du producteur.

En cas de transport opéré du lieu de dépôt ou de vente au lieu de consommation par le dépositaire ou marchand, ou par toute personne choisie ou rémunérée par eux, les récipients seront pourvus, dans les mêmes conditions, d'une inscription qui ne différera de la précédente que par la substitution du nom du dépositaire ou marchand à celui du producteur.

L'inscription « Lait » sera en lettres rouges de quatre centimètres de hauteur, l'inscription « Lait écrémé » en lettres bleues de même dimension.

Les récipients, bidons et bouteilles destinés au transport devront d'ailleurs satisfaire aux conditions spécifiées à l'article 7 pour tous récipients destinés à contenir ou à conserver le lait : ils seront munis d'un couvercle hermétique. Est interdit l'emploi du papier, de la gomme à base de plomb, de la paille, des chiffons pour rendre la fermeture plus complète.

Art. 10.— Les récipients livrés pleins, ou ceux dont on tirera le lait ou le lait écrémé, chez le producteur, dépositaire ou marchand, pour le livrer au consommateur, doivent satisfaire aux mêmes conditions que les récipients servant au transport, et porter les mêmes inscriptions. Les mesures seront contrôlées et pourvues d'une anse de manière à éviter tout contact de la main avec le lait.

Art. 11.— Les maires feront procéder fréquemment au pesage du lait ; ils le feront soumettre à l'analyse en cas de suspicion.

Art. 12. — Le lait provenant des vaches ayant vêlé depuis moins de huit jours, ou exposées en vente dans les foires et marchés ne peut être vendu pour la consommation en nature.

Art. 13. — Les contraventions aux dispositions du présent arrêté seront constatées par des procès-verbaux et leurs auteurs traduits devant les tribunaux.

MM. les sous-préfets, les maires, le vétérinaire délégué départemental, les commissaires de police sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Les distinctions honorifiques suivantes ont été décernées par le ministre de l'Instruction publique lors des cérémonies du 2 juillet à l'occasion du 20e anniversaire de l'Union française de la Jeunesse de Lille. M. le docteur Mizon, de Lomme, a reçu les palmes d'officier d'académie ; M. le docteur Lepage, la médaille de bronze de dévouement ; M. Labouret, président de l'Union des Etudiants de l'Etat, les palmes d'officier d'académie. Nos félicitations sincères vont à ces confrères et universitaires.

UNIVERSITÉS

Bordeaux. — Après concours, M. le docteur Rabère a été nommé chef de clinique chirurgicale des maladies infantiles.

Marseille. — Après concours, M. le docteur Poucel a été nommé chef de clinique chirurgicale.

HOPITAUX

Bordeaux. — M. le docteur Micheleau, a été, après concours, nommé médecin-adjoint.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs de Font Réaulx, de Saint-Julien (Haute-Vienne) ; Du Castel, membre de l'Académie de médecine de Paris ; Diétrich, chef des travaux à l'Ecole de médecine de Besançon (Doubs) ; Sicre, de St-Marcel (Bouches-du-Rhône) ; Lafond, de Pau (Basses-Pyrénées) ; Noël, de Paris ; Rigaux, de Milly (Seine-et-Oise).

BIBLIOGRAPHIE

Les filaires du sang de l'homme, par le docteur Raymond Penel, médecin colonial de l'université de Paris, avec préface du professeur R. Blanchard, membre de l'Académie de médecine. Un volume grand in-8 de 180 pages (Deuxième édition), chez F. R. de Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine Dubois, Paris (VI).

Les questions de médecine tropicale étant à l'ordre du jour, et les études des faits qui s'y rattachent ayant pris

ces dernières années un essor tout nouveau, l'ouvrage du docteur Penel, sur les *Filaires du sang de l'homme*, est certainement d'actualité.

C'est un exposé clair et complet de nos connaissances sur la morphologie, l'évolution et la répartition à la surface du globe de ces curieux parasites, qui infestent nos colonies sans distinction de race, et débordent sur la zone tempérée jusque dans l'Europe méridionale.

On y trouvera exposés avec soin les résultats des remarquables recherches des auteurs anglais sur l'évolution de la *Filaire* dans le corps des moustiques et sa transmission à l'homme par l'intermédiaires de ces insectes, données qui sont d'importance primordiale pour l'organisation des mesures de prophylaxie et d'hygiène coloniales.

Si l'on a pu dire que la question des *Filaires* était la bouteille à l'encre de la pathologie exotique, c'est que, jusqu'à ce jour, leur histoire n'avait jamais été étudiée dans son ensemble ; aussi, par cet exposé concis des travaux des autres et de ses recherches personnelles, l'auteur a-t-il su rendre clair ce qui paraissait ne l'être pas. C'est donc un livre qui sera bien reçu ; il intéressera l'hygiéniste comme le naturaliste ; il sera utile à l'étudiant et indispensable au médecin colonial, désireux de poursuivre des recherches sur le sujet, ou simplement de s'instruire.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Méthode, discipline, hygiène de la cure d'eau et de montagne de Cauterets dans l'emphysème pulmonaire et certaines affections des fosses nasales, de la gorge et du larynx**, par le docteur Bouyer, Bordeaux, *Gounouilhou*, 1905.

— **Considérations cliniques sur les albuminuries intermittents, et leur traitement hydrominéral**, par le docteur Geneix, Paris, 1905.

— **Mécanisme d'action de quelques eaux purgatives ou dites purgatives**, par le docteur Esmonet, extrait des *Bulletins et Mémoires de la Société de médecine et de chirurgie*.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

26e Semaine, du 25 juin au 1er juillet 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	5
3 mois à un an	2	2
1 an à 2 ans	3	2
2 à 5 ans	»	2
5 à 20 ans	4	4
20 à 60 ans	13	11
60 ans et au-dessus	6	13
Total	34	39

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	5	7	19	19	15	9	9	6	12	1	6	108
TOTAL des DÉCÈS	1	9	6	11	3	11	6	2	14	2	2	67
Autres causes de décès	1	5	1	3	1	5	4	1	4	1	»	26
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	2
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	1	1	1	»	2	»	»	2	»	»	7
Maladies organiques du cœur	»	1	1	»	»	2	2	»	»	»	»	6
Bronchite	»	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	3
Apoplexie cérébrale	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	»	3
Cancer	»	»	»	4	»	»	»	»	»	»	1	5
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	»	»	1	»	»	»	»	»	2	1	»	4
Bronchite et pneumonie	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	3
Grippe	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Tuberculose pulmonaire	»	1	»	1	2	1	»	»	2	»	»	7
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 444. Neuvième Année. N° 29 Le Numéro : **10** centimes 16 Juillet 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la recherche toxicologique de la morphine

Par MM. **Ernest Gérard, Deléarde** et **Ricquiet.**

La recherche de la morphine, au point de vue toxicologique, est une question qui a toujours suscité la sagacité des chimistes. Bien des auteurs n'ont pu, même dans des cas d'empoisonnement aigus, déceler la présence de cet alcaloïde dans les organes examinés. Il faut surtout attribuer ces résultats négatifs, qui sont nombreux dans la littérature chimique, au fait que l'on n'était pas fixé sur la destinée de la morphine dans l'économie, et à l'emploi de procédés de recherche non appropriés aux produits d'élimination de cette substance.

Les recherches de MARMÉ (1) ont fait faire un grand pas à l'étude de la transformation de la morphine dans l'économie; d'après cet auteur, l'alcaloïde en circulant dans le sang et les tissus se transforme en oxymorphine par un processus d'oxydation. M. A. LAMAL (1), reprenant la question, arrive à des conclusions identiques, et il démontre que cette oxydation est tantôt complète, tantôt partielle, et qu'on retrouve dans les urines soit de l'oxymorphine, soit de la morphine, ou un mélange des deux. Il précise les conditions expérimentales indispensables à la recherche toxicologique de la morphine et il insiste sur la nécessité de rechercher, dans le sang, les urines et les organes, à côté de l'alcaloïde, son premier produit d'oxydation, l'oxymorphine.

Cette oxydation de la morphine par l'organisme est indéniable ; deux d'entre nous (2), du reste, ont démontré que le rein, en particulier, est susceptible, par une action diastasique, d'oxyder cet alcaloïde. Mais, à notre avis, et l'on verra que nos expériences semblent nous donner raison, nous estimons qu'à côté de ce processus d'oxydation il doit en exister un autre, déjà mentionné par STOLNIKOW (3) qui admet que la morphine se transforme, dans l'économie, en un dérivé sulfoné peu stable, l'acide morphine-sulfonique. Il se pourrait que ce produit fût plutôt un éther sulfurique formé aux dépens de l'oxhydrile phénolique de de la morphine, s'éliminant à l'état de sel potassique et analogue au phénysulfate qui apparaît dans les urines à la suite d'ingestion de phénol.

Tenant compte à la fois des observations importantes de LAMAL et de la théorie donnée par STOLNIKOW sur la des-

(1) *Deuts. med. Wochens.*, t. IX, p. 197. 1883.

(1) *Bullet. Ac. de Méd. de Belgique* [4], t. 2, p. 639. 1888.

(2) Er. GÉRARD et RICQUIET. *C. R. Soc. de Biologie*, t. I. p. 1904.

(3) *Zeitsch. fur physiol. Chem.*, t. VIII, p. 235, 1884.

tinée de la morphine dans l'économie, nous avons adopté, pour la recherche toxicologique de cet alcaloïde, la technique suivante :

Les organes sont pulpés ; la pulpe est additionnée d'une quantité d'eau égale au poids de l'organe, et on acidifie par l'acide chlorhydrique dans la proportion d'un dixième du poids total du mélange. Lorsqu'il s'agit des urines, on les acidifie dans la même proportion. Le tout est mis à digérer, pendant deux heures, au bain-marie. Au bout de ce temps, on sursature par l'ammoniaque et on agite le mélange, à deux ou trois reprises, avec de l'alcool amylique saturé d'ammoniaque. Les liqueurs amyliques sont mises de côté. D'autre part on évapore, au bain-marie, le mélange aqueux, et le résidu obtenu, broyé avec du sable, est épuisé également par l'alcool amylique ammoniacal.

Les solutions amyliques sont réunies et agitées avec de l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique. La liqueur chlorhydrique, alcalinisée par l'ammoniaque, est agitée à son tour avec de l'alcool amylique ammoniacal (1).

On distille la solution amylique, et sur le résidu de la distillation, on effectue la recherche de la morphine et de l'oxymorphine par le réactif de MARQUIS (2) formé par un mélange de trente centimètres cubes d'acide sulfurique concentré et de vingt gouttes de formol.

Il est facile de déceler, au moyen de ce réactif, la morphine ou l'oxymorphine et, avec un peu d'habitude, le mélange des deux. Il suffit d'étaler un peu du résidu de l'évaporation des liqueurs amyliques sur les parois d'une capsule en porcelaine et de verser deux ou trois gouttes du réactif que l'on promène sur toute la surface du vase. En prélevant une très petite quantité de ce résidu, on peut multiplier le nombre des essais. On perçoit alors, dans le cas de la morphine, une coloration rouge violacée très foncée, et avec l'oxymorphine une teinte d'un beau vert franc ; lorsqu'il existe le mélange de morphine et d'oxymorphine, on voit des traînées violettes et vertes.

Le plus souvent, nous avons opéré, quand les alcaloïdes reconnus étaient en quantité suffisante, la séparation de la morphine et de l'oxymorphine par leur transformation en sulfates, le sulfate d'oxymorphine étant à peu près insoluble dans l'eau froide.

Nous avons pu, par ce procédé, déceler la présence de la morphine et d'un peu d'oxymorphine (voir expérience IV) dans les organes d'un lapin, sacrifié six heures après avoir reçu, en injection hypodermique, un centigramme de chlorhydrate de morphine, tandis que les recherches faites par la méthode précédente, mais sans hydrolyse préalable en présence d'acide, ou par la méthode de STAS-OTTO en substituant l'alcool amylique à l'éther, nous ont donné des résultats absolument négatifs.

(1) Il est nécessaire de répéter, à plusieurs reprises, l'épuisement avec de l'alcool amylique de moins en moins riche en ammoniaque pour enlever toute la morphine.

(2) *Pharm. Centralh.* t. XXXVII, p. 844, 1896.

Il est donc vraisemblable qu'à côté de ce processus d'oxydation, l'organisme est susceptible de transformer la morphine en un dérivé sulfoné peu stable ou plutôt en un éther analogue, comme nous l'avons dit, au phénylsulfate, et que l'acide chlorhydrique décompose. La méthode qu'a préconisée M. LAMAL, dont nous nous sommes inspirés, du reste, pour la recherche de l'oxymorphine, ne tient pas compte de la formation possible de ces dérivés. Cet auteur acidule bien par l'acide chlorhydrique les urines qu'il examine, mais la proportion d'acide qu'il ajoute (quelques gouttes pour 3.500 centimètres cubes d'urine) n'est pas suffisante pour effectuer l'hydrolyse. Aussi faut-il voir là la raison pour laquelle M. LAMAL, dans les expériences qu'il a citées, décèle-t-il le plus souvent de l'oxymorphine et plus rarement de la morphine non altérée, alors que, de notre côté, c'est surtout de la morphine que nous retrouvons.

Voici les détails des expériences :

I. Lapin ayant reçu quotidiennement, en injections hypodermiques, 0 gr. 15 de chlorhydrate de morphine pendant quinze jours. L'animal est sacrifié deux jours après la dernière injection.

a) Recherche de la morphine par le procédé STAS-OTTO : présence d'une petite quantité de morphine dans le foie ; résultats négatifs pour le rein et la rate.

b) Recherche de la morphine par notre méthode avec hydrolyse préalable : présence d'une quantité notable de morphine dans le foie, les reins et la rate ; présence d'oxymorphine dans le rein et le foie.

II. Lapin ayant reçu dans les mêmes conditions que l'experience (I), 0 gr. 17 de morphine pendant ving-sept jours.

a) Recherche de la morphine par notre méthode sans hydrolyse préalable : petite quantité de morphine dans le foie et les reins.

b) Recherche de la morphine par notre méthode avec hydrolyse : morphine en quantité très notable dans le foie et les reins ; oxymorphine dans les reins.

III. Lapin ayant reçu, en injection hypodermique, 0 gr. 02 de chlorhydrate de morphine, et sacrifié une heure après l'injection. Autopsie deux jours après la mort.

a) Recherche de la morphine par notre méthode avec hydrolyse : on trouve de la morphine dans les reins, le foie, la rate et les urines, sans trace d'oxymorphine.

IV. Lapin ayant reçu, en injection hypodermique, *un centigramme* de morphine et sacrifié six heures après l'injection.

a) Recherche de la morphine par notre méthode avec hydrolyse : présence très nette de morphine et d'oxymorphine dans le foie, les reins et l'urine.

b) Recherche de la morphine par la méthode de STAS-OTTO : résultats négatifs.

V. Un Chien reçoit, par la voie hypodermique, 0 gr. 90 de chlorhydrate de morphine en deux jours. L'animal, sacrifié le vingt-deux novembre 1904, est abandonné à la putréfaction jusqu'au treize janvier 1905, date à laquelle nous procédons à l'analyse des organes.

a) Recherche de la morphine par notre méthode avec

hydrolyse : présence de morphine et d'un peu d'oxymorphine dans le foie et les reins, d'oxymorphine et d'un peu de morphine dans l'urine trouvée, à l'autopsie, dans la vessie.

En résumé, on peut dire qu'il est indispensable, comme l'a montré M. LAMAL, de rechercher dans les cas d'empoisonnement par la morphine, l'oxymorphine à côté de la morphine en employant comme dissolvant l'alcool amylique ammoniacal qui dissout à la fois ces deux composés. Nous ajoutons qu'il est aussi de toute nécessité de traiter les organes pulpés, mis en suspension dans l'eau, ou les urines, par l'acide chlorhydrique dans le but de décomposer le dérivé sulfoné peu stable de STOLNIKOW (ou peut-être les dérivés éthérés de la morphine analogues aux phénysulfates) surtout lorsqu'il s'agit de déceler des traces de morphine. Nous avons nettement démontré qu'il faut, dans tous les cas, exclure le procédé de STAT-OTTO pour la recherche toxicologique de la morphine ou plutôt de ses dérivés formés dans l'organisme,

L'expérience V vient confirmer la résistance de la morphine à la putréfaction, indiquée par divers auteurs entre autres M. W. AUTENRIETH (1) et M. Th. PANTZER (2).

(Travail du laboratoire de pharmacie et de pharmacologie de la Faculté de médecine de Lille (Professeur Er. GÉRARD).

A propos de Bibliothèques

Sous la pression de professeurs qui se prétendent mal partagés, la *Revue Scientifique* entreprend une campagne tendant à favoriser l'introduction des compétences scientifiques dans les commissions des bibliothèques universitaires et parmi les bibliothécaires. M. VANRYCKE, bibliothécaire en chef de l'Université de Lille, répond pour lui-même et pour nous aux critiques signalées. Nous lui offrons volontiers nos colonnes pour cette réponse.

Lille, le 3 juillet 1905

Monsieur le Rédacteur en chef de la *Revue Scientifique* (3),

Après avoir lu votre intéressante enquête sur la place de la science dans les bibliothèques françaises, je vous serais reconnaissant de me permettre d'entrer dans la discussion en fournissant à vos lecteurs le moyen de connaître les richesses scientifiques trop souvent ignorées de nos bibliothèques universitaires de province.

Le bibliothécaire est, par définition, conservateur de ses collections, mais il peut remplir son rôle sans oublier de faciliter à tous les lecteurs la consultation des documents qu'il abrite dans ses dépôts. Il doit leur procurer tous les renseignements bibliographiques qu'il est à même de leur fournir, et participer autant que possible à leurs travaux. Il doit être le chef des travaux bibliographiques de ce grand laboratoire. Le temps n'est plus où le bibliothécaire, amateur éclairé ou nommé à ces fonctions après de brillants services dans une autre carrière, ne songeait qu'à interposer entre le public et les collections, dont il avait la garde, une muraille... de règlements.

Ayant reçu une éducation générale complète, sans être un encyclopédiste, ce qui est matériellement impossible aujourd'hui, le bibliothécaire d'une bibliothèque moderne doit guider les recherches de chercheurs, et il le peut sans être un spécialiste, grâce à ses connaissances des répertoires bibliographiques.

Le bibliothécaire directeur d'un établissement possédant des collections scientifiques n'est pas exclusivement un chartiste. Je ne m'occuperai ici que des bibliothèques universitaires, possédant seules en province des collections scientifiques importantes, laissant de côté les bibliothèques municipales, dont les acquisitions sont rares et auxquelles les crédits annuels ne permettent pas l'achat de périodiques coûteux.

Le recrutement du personnel, chargé de conserver les collections universitaires, n'est pas fait par l'École des Chartes. Le programme de l'examen en vue d'obtenir le certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire des Universités exige une connaissance préalable des bibliographies scientifiques et médicales, aussi bien que littéraires ou juridiques. Depuis quelques années, l'orientation de l'examen a été plutôt littéraire que scientifique, mais on peut facilement y porter remède.

Je désirerais uniquement appeler l'attention de vos lecteurs sur les bibliothèques universitaires de province.

Ces bibliothèques, partout dirigées par un bibliothécaire avec l'aide, suivant l'importance des dépôts, de trois, deux ou un sous-bibliothécaire, renferment, dans leurs collections, des périodiques, et des ouvrages traitant de sciences enseignées dans les diverses facultés des Universités. Nous n'avons pas, comme à Paris, de bibliothèques purement techniques et spécialisées. Chaque bibliothèque abrite ou abritera très prochainement toutes ses richesses tant scientifiques que littéraires dans un seul bâtiment.

Je ne parlerai ici que de la Bibliothèque universitaire de Lille, mes collègues pouvant vous éclairer mieux que je ne pourrai le faire sur les richesses respectives des dépôts qui leur sont confiés.

La Bibliothèque universitaire de Lille, constituée vers 1884, ne possédait à cette époque que quelques rares collections de périodiques tant littéraires que scientifiques. L'accroissement réel ne commence qu'à cette date. Dirigée, dès le début par un bibliothécaire d'éducation scientifique, le regretté Dr TRACOU, il n'y a jamais eu de spécialisation nette dans les achats et tous ceux qui se sont succédé

(1) *Ber. deutsch. Pharm. Gesellsch.*, t. XI, p. 494, 1901.

(2) *Zeit. Nahr. Genussm.*, t. V, p. 8, 1902.

(3) Cette lettre a été adressée à la *Revue Scientifique* avant que les demandes d'enquête envoyées aux bibliothécaires et professeurs titulaires des facultés des sciences et de médecine soient parvenues à Lille.

dans la direction du service ont toujours impartialement tenu compte des besoins de tous les enseignements.

Actuellement, le seul regret de tous ceux qui fréquentent la bibliothèque est uniquement causé par le maigre crédit alloué aux acquisitions nouvelles et surtout aux abonnements. Notre bibliothèque, âgée à peine de vingt ans, ne possède en effet qu'un crédit quatre fois inférieur à celui de la Bibliothèque de l'Université de Strasbourg et deux fois plus faible que le budget de la Bibliothèque universitaire de Leiden. Je vous cite ces deux bibliothèques que je connais particulièrement.

Cette pénurie de ressources est due à diverses causes que j'exposerai en détail plus loin.

Malgré cela, une part équitable est faite aux achats d'ordre scientifique. Depuis cinq ans environ, que je dirige la bibliothèque, la Commission de la Bibliothèque qui délibère sur les acquisitions nouvelles en ce qui concerne la partie du crédit dont elle a la disposition, a toujours été unanime à répartir proportionnellement ces ressources, attribuant toutefois une somme plus grande aux ouvrages littéraires et juridiques, réservant en revanche un crédit plus fort aux abonnements de journaux médicaux et scientifiques.

Quant au crédit, dit des deux cinquièmes, dont depuis 1897 le bibliothécaire est seul responsable, je l'ai toujours employé impartialement, le consacrant presque exclusivement à des achats de collections de journaux de médecine, sciences, lettres et droit.

Le bibliothécaire n'est pas nécessairement hostile aux achats de livres qui ne l'intéressent pas spécialement. Bien qu'ayant entrepris des études médicales, les collections littéraires et juridiques n'ont pas eu à en souffrir depuis ma nomination à la Bibliothèque universitaire de Lille.

Malgré l'exiguité de nos ressources, nous possédons actuellement environ douze cents périodiques médicaux et scientifiques, grâce en partie aux échanges effectués au moyen des publications de l'Université.

Presque toutes les Académies et les Sociétés savantes d'Europe et d'Amérique sont présentes sur nos rayons et je me hâte d'ajouter que j'accueillerai avec reconnaissance tous les périodiques scientifiques que l'on voudra bien nous adresser.

En physiologie par exemple nous possédons les *Jahresberichte de Hermann, l'Archiv f. gesammte Physiologie, le Journal of Physiology, le Journal de Physiologie, l'Archiv f. Anatomie (Physiologische Abtheilung), le Skandinavisches Archiv. f. Physiologie, l'American Journal of Physiology* et les *Ergebnisse für Physiologie*. Le manque de crédits seul nous a empêché de compléter notre collection déjà importante en nous abonnant aux *Archives internationales de Physiologie*, à *l'Archivio de Fisiologia* et au *Zeitschrift f. allg. Physiologie*.

Si nous passons à la chimie, nous trouvons le *Zeitschrift f. angewandte Chemie, les Annales de Chimie, la Revue de Chimie pure et appliquée, les Annales de Chimie analytique, le Journal f. praktische Chemie, le Jahresberichte für Chemie la Gazetta chimica italiana, le Zeitschrift f. anorganische Chemie, le l'American chemical Journal, le Journal of chemical Society, le Zeitschrift f. physiol. chemie et le Beiträge fur physiologische Chemie, les Berichte d. d. chem. Gesellschaft le Recueil des Travaux chimiques des Pays-Bas et les Liebig's Annalen.*

Notre bibliothèque s'efforce de ne posséder que les périodiques et les publications importantes. Je suis d'avis que les laboratoires doivent avoir pour leurs étudiants les manuels et pour les chercheurs les gros ouvrages de références et les instruments bibliographiques indispensables. Cette organisation, parfaite en Allemagne, n'est qu'ébauchée chez nous. Il y aurait, je crois, lieu de régler d'une façon définitive cette question des bibliothèques de laboratoires et séminaires qui, vu l'élasticité des règlements administratifs, a toujours été une source de conflits entre les facultés et les bibliothèques.

J'ajouterai que l'exemple de Lille se retrouve dans toutes les bibliothèques de province; il y a toujours eu répartition égale des crédits en ce qui concerne les acquisitions. C'est ainsi que l'on peut citer les richesses scientifiques des bibliothèques universitaires de Marseille et de Toulouse où les Annales des Facultés des Sciences de ces deux universités ont permis de garnir les rayons d'échanges aussi précieux que ceux obtenus au moyen des Travaux et Mémoires de l'Université de Lille.

La Bibliothèque universitaire de Lyon vient de voir grossir ses collections par l'annexion de la riche bibliothèque de la Société d'Agriculture de cette ville. A Clermont-Ferrand, à Rennes, des sociétés savantes ont réuni leurs bibliothèques à celle de l'Université.

On peut trouver, dans tous les catalogues de grandes bibliothèques, des erreurs. Le bibliothécaire n'est pas infaillible et je me rappelle avoir lu que, dans une bibliothèque universitaire anglaise, on trouve classé un ouvrage sur la naissance du Christ, à *Sciences médicales. Obstétrique. Anomalies de la fécondation.*

Le seul grief à reprocher à nos bibliothèques, est la pénurie de leurs ressources. Alors que, dans une bibliothèque universitaire allemande de l'importance de celle de Lille, on trouve cinq fois plus de bibliothécaires, se spécialisant chacun dans une branche de la science, quand les budgets d'acquisition ont été graduellement augmentés dans tous les pays d'Europe, d'Amérique et au Japon, les bibliothèques françaises ont vu leurs ressources faiblement augmentées alors que des périodiques nouveaux naissaient dans des pays jusqu'alors fermés à toute production scien-

tifique et que la spécialisation allait sans cesse en s'accroissant.

D'après un travail de M. Roquette, bibliothécaire de l'Université de Göttingue, paru en 1902 dans les *Sammlung bibliothekswissenschaftlicher Arbeiten*, la production scientifique allemande est passée de 1869 à 1890 de 799 ouvrages à 1390 soit une augmentation de 74 %. Pour la médecine, l'accroissement est plus considérable. 517 ouvrages ont été publiés en 1869, 1645 ont paru en 1900. Il y a eu ici 218 % en plus.

Passons aux périodiques. Le *Jahresbericht der Chemie* de Fittica coûtait par an, en 1870, 8 mks 50. Il est revenu en 1900 à 106 mks 50. Le *Zeitschrift f. wiss. Zoologie* était inscrit au budget en 1870 pour 31 mks. Il coûte en 1900, 90 mks. Tous les autres périodiques allemands ont subi la même progression. En 1870 nous trouvons par an un volume des *Archiv. f. ges. Physiologie*. Il en est paru cinq en 1904. En Allemagne, le remède fut promptement trouvé. En 1872, l'Université de Strasbourg avait pour sa bibliothèque, 33.600 mks. En 1902, le budget est de 56.800 mks, soit 70 % d'augmentation. Il a été accru de quelques milliers de marks l'année dernière lors de la fondation de la Faculté de théologie catholique.

A Leipzig, les crédits passent de 17.500 marks en 1870 à 50.000 marks en 1902 soit un accroissement de 186 0/0. La bibliothèque universitaire de Fribourg en Brisgau est plus favorisée encore. De 7.800 marks en 1870, le budget s'élève en 1902 à 35.000 marks soit 350/0 d'accroissement.

A côté de ces ressources annuelles, il faut tenir compte en Allemagne des crédits extraordinaires, du dépôt légal et des dons des Sociétés savantes de la ville où existe l'Université. Cette annexion de bibliothèques particulières est un moyen d'enrichir la bibliothèque centrale et évite la dispersion des ressources mises à la disposition des savants. Universitaires et sociétaires y trouvent de nombreux avantages. Ce moyen est presque inconnu en France où il n'y aurait qu'à imiter ce qui a été récemment fait à Leide. Grâce à la Société des sciences de Haarlem, la bibliothèque universitaire de Leide s'est enrichie de deux cent cinquante périodiques scientifiques.

J'ai cru nécessaire de vous exposer sommairement l'état d'une bibliothèque universitaire provinciale essentiellement différente d'une bibliothèque parisienne. On ne peut pas en effet comparer les dépôts unifiés des bibliothèques universitaires de Lille, Bordeaux ou Toulouse à l'organisation distincte et spéciale des bibliothèques de l'Université de Paris (Sorbonne, Ecole de pharmacie, Facultés de médecine, de droit et de théologie protestante).

Je suis le premier à reconnaître qu'il y a beaucoup de réformes à faire pour accroître nos collections, mais il faut d'abord augmenter les ressources. En présence des fortes organisations des laboratoires bibliographiques d'Outre-Rhin, il y a lieu de songer à l'augmentation du personnel et des crédits affectés aux livres. Je ne puis que répéter ce qu'écrivait M. le professeur LIPPMANN, chargé par l'Université de Paris du rapport à M. le Ministre de l'Instruction publique pour l'année 1903-04 : « Une seule Université étrangère, deux fois plus petite que celle de Paris, dépense au matériel plus que l'Etat français pour l'ensemble de ses seize Universités ».

Il faudrait plus de spécialistes-bibliothécaires et des budgets plus en rapport avec les nécessités modernes. Toutefois, nous nous trouvons à même de fournir aux chercheurs dans nos bibliothèques provinciales, les périodiques scientifiques les plus répandus, laissant le soin, faute de crédits, à des bibliothèques mieux dotées, de permettre aux lecteurs de consulter *Petrus Camper*, *Folia hœmatologica*, *Polnisches Archiv. f. Biologie* ou *Archiv f. Protistenkunde*.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, mes salutations empressées.

P. VANRYCKE
Bibliothécaire en chef
de la Bibliothèque universitaire de Lille.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 23 Juin 1905

Présidence de M. SURMONT, président.

Présentation d'un malade atteint de leucémie lymphatique chronique

MM. Surmont et Dehon présentent un malade atteint de lymphomatose généralisée avec leucémie lymphatique. Dans les antécédents du malade on note la syphilis contractée il y a dix-huit ans, au régiment. Cette syphilis a été traitée pendant plusieurs années, au moyen de pilules de protoiodure d'hydrargyre, et n'a donné lieu à aucun accident sérieux, à aucun accident tertiaire en particulier.

Le début de la maladie actuelle remonte au mois d'août 1904 : le malade s'aperçut qu'il était porteur d'un petit ganglion unique, sous-maxillaire, qui se développait au niveau de l'angle inférieur de la mâchoire gauche. Le volume de la tumeur est resté stationnaire jusqu'au mois de janvier 1905, époque à laquelle il y eut un accroissement brusque, en même temps que les ganglions homologues du côté droit se prenaient à leur tour et que de nouvelles tumeurs ganglionnaires axillaires et inguinales apparaissaient. Cette aggravation coïncide avec l'institution d'un traitement mercuriel intensif (injections d'un sel mercuriel soluble tous les deux jours, au nombre de vingt) institué par le médecin habituel du malade, en raison des antécédents spécifiques de ce dernier.

Le 25 janvier survint un érysipèle grave de la face qui donna un nouveau coup de fouet à l'ensemble des tumeurs. Nouvel érysipèle le 24 mai 1905, moins grave que le pre-

mier, mais qui laissa à sa suite une dermite chronique très accusée et encore visible actuellement.

M. le professeur Dubar voit le malade à cette époque et nous demande l'examen du sang, lequel, pratiqué tandis que le malade est à jeûn, donne les résultats suivants :

Hématies par millimètre cube : 4.092.000 ; leucocytes par millimètre cube : 45.658. Formule leucocytaire : Mononucléaire : 94 °/₀ ; polynucléaire : 6 °/₀ ; éosinophiles : 1 °/₀.

Les mononucléaires sont des lymphocytes. Il n'existe pas de myélocytes, ni de markzellen ; on ne note pas d'hématies nucléées.

En présence de ces renseignements hématologiques, M. le professeur Dubar institue le traitement arsenical intensif (arséniate de soude, à dose progressivement croissante, jusqu'à 0 gramme 01 centigramme par jour). Le malade dit avoir noté une amélioration notable sous l'influence de ce traitement et croit pouvoir affirmer une diminution très nette de la tumeur cervicale gauche.

Lorsque nous voyons V..., le 10 juin 1905, l'état est le suivant : Volumineuses tumeurs coiffant, à droite et à gauche, l'angle du maxillaire, dépassant, en arrière, la limite des sterno-cleido-mastoïdiens, et remontant jusqu'au niveau de l'apophyse mastoïde ; les deux tumeurs se rejoignent sous le menton ; elles sont lobulées. Dans les aisselles, les ganglions sont également tous hypertrophiés et se présentent sous forme de deux masses du volume d'une orange, prédominant au niveau des petits pectoraux. Dans les aines, il existe, également, des deux côtés, des ganglions volumineux polylobulés.

L'examen radioscopique révèle l'existence de deux masses ganglionnaires assez volumineuses : l'espace clair œsophagien est nettement obscurci sur une étendue de quelques centimètres, qu'il y a d'ailleurs de la dysphagie, qu'explique l'épreuve de la gellule de bismuth laquelle met plus de dix minutes à franchir l'obstacle œsophagien constaté par la radioscopie.

Le foie est de volume normal. La rate est percutable et palpable par son pôle inférieur.

On ne note aucun bruit surajouté au niveau du cœur ni des vaisseaux.

L'état général est excellent.

MM. **Surmont** et **Dehon**, eu égard aux excellents effets obtenus dans ces derniers temps par le traitement radiothérapique appliqué à la leucémie, ont prié M. le professeur Charmeil de vouloir bien traiter le malade présenté dans son service de l'hôpital Saint-Sauveur. Le résultat obtenu déjà chez ce malade, tant au point de vue ganglionnaire qu'au point de vue hématologique, après une seule application des rayons X, est des plus encourageants.

M. **Charmeil** a vu traiter chez M. Béclère de semblables tumeurs par la radiothérapie. Les résultats sont surtout favorables quand il s'agit d'adénie avec faible degré de leucémie. M. Charmeil a été frappé des bons et rapides effets obtenus par les rayons X chez le malade de M. Surmont.

M. **Dehon** voit une preuve d'amélioration en la facilité toute récente avec laquelle le malade accomplit les actes ordinaires de la vie.

M. **Ingelrans** fait le diagnostic différentiel de la leucémie lymphatique chronique avec l'adénolipomatose symétrique. Il rappelle l'observation d'un sujet qu'il a présenté autrefois à la Société de Médecine.

M. **Combemale** rappelle les localisations habituelles de l'adénolipomatose à la partie postérieure du cou. Chez ce malade ce diagnostic ne saurait être porté.

Chancres syphilitiques successifs. Chancre géant de la région pubienne et chancre du prépuce

M. **Bertin**. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade du service de M. le professeur Charmeil porteur de deux chancres syphilitiques.

Le premier est apparu au niveau du pubis il y a environ sept semaines sous forme d'une petite excoriation qui s'est agrandie rapidement. Cette lésion présente tous les caractères d'un chancre infectant : induration très nette, configuration régulière, excavation en cupule, fond de couleur rouge chair musculaire, adénopathie satellite tout à fait caractérisque. Vous pouvez vous rendre compte que ce chancre présente des dimensions tout à fait insolites : il mesure sept centimètres dans son plus grand diamètre et cinq centimètres en hauteur. Ces dimensions auraient pu faire penser à priori à un chancre simple phagédénique, mais les caractères des bords, du fond de la lésion font immédiatement rejeter cette hypothèse. Et d'ailleurs, par la déclivité, un chancre mou se serait étendu non pas en largeur, comme dans le cas actuel, mais en hauteur. Nous ne discuterons pas non plus l'hypothèse de tumeur maligne : la lésion n'en offre aucun caractère. Enfin, l'apparition dans les détails normaux d'une roséole papulo-squameuse et d'accidents secondaires tranche le diagnostic.

La seconde lésion qui siège sur le prépuce est un chancre érosif tout à fait typique, en voie de cicatrisation. Il est intéressant de remarquer que cet accident a fait son apparition huit jours seulement après celui que nous venons de décrire. Il s'agit donc de chancres infectants successifs ; le fait est d'ailleurs absolument classique, quoique assez rare.

Le malade que je vous présente est donc intéressant à un double point de vue, mais surtout parce qu'il n'est pas fréquent de rencontrer des chancres syphilitiques de telles dimensions. Une lésion de ce genre située en dehors de la région génitale, pourrait facilement égarer le diagnostic et de cette erreur résulterait évidemment une thérapeutique très préjudiciable au malade.

M. Charmeil considère que de telles lésions primitives aussi étendues, sont tout à fait exceptionnelles. Fournier, dans son traité, parle d'un chancre géant du sein, de cinq à six centimètres de diamètre. Le second chancre du malade est tout petit proportionnellement au premier et de dimensions normales. Le pronostic n'est nullement influencé par l'étendue de la lésion.

M. Charmeil a prié M. Curtis de recueillir le pus et de rechercher le spirille.

Tuberculose du rein droit. Néphrectomie

M. J. Colle. — Je présente à la Société un rein tuberculeux que j'ai enlevé il y a un mois environ. Ce rein est remarquable par la localisation d'une caverne tuberculeuse au pôle inférieur, contrairement à la localisation habituelle de cette affection, qui est presque toujours au pôle supérieur. Au point de vue clinique, le diagnostic a présenté quelques difficultés. L'emploi des méthodes d'exploration modernes n'est pas constamment possible. Ces recherches demandent des manipulations répétées et douloureuses, auxquelles les malades ne veulent ou ne peuvent pas toujours se soumettre. C'est ce qui se produisit dans le cas présent.

Il s'agissait d'une femme de trente-quatre ans, qui avait eu pour la première fois, il y a trois ans, des douleurs dans le côté droit. Il y a deux ans, elle eut au mois de février une espèce de crise de coliques néphrétiques, accompagnée d'anurie, qui dura une journée. La crise se termina par une hématurie qui persista vingt-quatre heures. Au mois de mai de la même année, nouvelle hématurie précédée de coliques. La crise dura un jour. La malade ne souffrit plus jusqu'au mois d'août 1904. A ce moment elle éprouva de nouvelles coliques mais sans hématurie. Enfin au mois de novembre dernier, elle commence à souffrir d'envies fréquentes d'uriner. Elle remarque que ses urines sont troubles, d'aspect lactescent, émises en petites quantités avec douleurs après la miction.

J'examinai cette malade au commencement d'avril.

L'exploration vésicale avec le cathéter métallique fut négative, et montra seulement une insensibilité relative de la vessie, en contradiction avec les douleurs de la miction. La capacité vésicale était de soixante centimètres cubes environ. Les reins n'étaient point sensibles au palper : la malade se plaignait pourtant de quelques douleurs du côté droit. Je pratiquai la séparation des urines, avec le séparateur de Luys. Du côté droit je pus recueillir une urine décolorée, très purulente et blanchâtre, du côté gauche une urine franchement jaune citrin, qui, au repos, laissa dans le fond du tube, un léger louche. La différence entre les deux urines était très nette, et on pouvait attribuer la production de ce léger dépôt à un nettoyage incomplet de la vessie.

A diverses reprises je fis rechercher le bacille de Koch dans les urines. On n'en trouva point, pas plus que d'autres microbes. J'eusse fait volontiers une seconde séparation des urines et un examen cystoscopique, mais la malade qui avait déjà souffert de la première séparation, ne désirait guère refaire une nouvelle expérience.

Une radiographie exécutée par M. le docteur Bédart sembla montrer une ombre au niveau du rein, ce qui nous fit penser un instant à un calcul rénal.

M. Bédart voulait lui aussi faire une seconde radiographie, la malade ne voulut point s'y prêter.

Un fait était acquis : la purulence des urines émises par le rein droit. L'épreuve du bleu de méthylène donnant un résultat très satisfaisant, je résolus de proposer à la malade une incision exploratrice qui me permit de constater de visu l'état du rein et d'agir suivant les circonstances.

L'opération fut pratiquée le 29 avril 1905.

Le rein en mains je crus sentir vers le pôle inférieur une partie plus dure. J'incisai le rein à ce niveau, croyant tomber sur le calcul que faisait soupçonner la radiographie. Il s'échappa une petite masse de caséum qui fixa immédiatement le diagnostic de tuberculose du rein. Aussitôt par un point de suture, j'oblitérai l'incision rénale et pratiquai la néphrectomie. La plaie fut largement drainée, et je mis seulement quelques points de suture sur la partie inférieure de l'incision.

Dès le lendemain, les urines sont assez abondantes. Elles contiennent pourtant encore un peu de pus que j'attribue à l'infection de la vessie. Un mois après, la malade sort de la maison de santé, la plaie est presque complètement fermée, les urines sont plus claires et plus abondantes (environ 1.000 à 1.200 c.m.c.) mais la fréquence de la miction persiste encore.

J'ai revu cette malade le 22 juin. Les urines étaient parfaitement claires, mais la malade se plaignait encore de fréquence de la miction. J'ai fait alors la cystoscopie et l'examen m'a très bien dévoilé la cause de cette fréquence. Du côté gauche l'orifice uretéral est parfaitement sain et normal. Du côté droit on voit un orifice uretéral dilaté entouré de granulations, évidemment d'origine tuberculeuse. Au dôme de la vessie se trouve encore une plaque de granulations de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. Enfin, et c'est ce qui explique la persistance de la douleur, je pus me rendre compte que sur la partie supérieure du col vésical il y avait là aussi une plaque de granulations tuberculeuses. Voici ce rein que je présente à la Société. Outre la caverne qui occupe le pôle inférieur, il est à remarquer que sur presque chaque papille se trouvent des granulations tuberculeuses.

M. Carlier a vu souvent des cavernes, au pôle inférieur du rein. Les granulations tuberculeuses du sommet sont très rares et l'on confond souvent avec ces dernières des

bulles d'air retenues au pôle supérieur. Le trigone est surtout le siège d'élection des granulations.

M. J. Colle insiste sur la nature tuberculeuse des lésions qu'il a observées.

**Insuffisance surrénale
par sarcome double des capsules surrénales**

MM. Breton et Looten. — Nous avons l'honneur de présenter à la Société le résumé d'une observation intéressante que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Combemale. Il s'agit d'une malade âgée de cinquante sept ans, entrée le 2 mai 1905 à l'hôpital pour des douleurs abdominales qui ont débuté huit jours auparavant.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Le sujet se plaint de douleurs vives dans tout l'abdomen, douleurs qui sont éveillées par les mouvements et qui s'exaspèrent au moment de la digestion Le point le plus douloureux correspond au bord inférieur du foie avec maximum en dehors de la vésicule biliaire.

L'aspect général est celui d'une femme atteinte de sénilité précoce : amaigrissement, face ridée, téguments parcheminés mais non pigmentés, ni ictériques ; très léger œdème bimalléolaire ; asthénie complète.

Les troubles respiratoires sont peu accusés : le nombre des respirations est de vingt-huit à la minute ; expectoration faible, sans caractères particuliers ; léger épanchement à la base gauche ; rien aux sommets ; pas de signes de tuberculose.

Les troubles circulatoires sont plus nets : pouls petit, dépressible, faible, intermittent ; tantôt rapide et arythmique, tantôt normal et rythmique, il varie d'un instant à l'autre : 100, 110, 120, 92 pulsations à la minute, suivant les moments. Hypotension permanente. Pas d'athérome artériel visible. Rien à l'auscultation du cœur. On entend un bruit de diable à la jugulaire.

Du côté du système digestif, on note des vomissements matutinaux, muqueux ou alimentaires. L'haleine dégage une odeur d'acétone. Ventre très douloureux. Diarrhée légère. Foie normal. Rate normale.

Le système nerveux est intéressé. Nous avons déjà noté l'asthénie ; la malade délire la nuit mais le jour elle recouvre la mémoire et l'intelligence semble intacte. Diminution des réflexes tendineux. Pas de troubles sensitifs, ni sensoriels. Myosis permanent.

Chapelet ganglionnaire dans les plis de l'aine et aux aisselles, mais il ne s'agit pas d'hypertrophie volumineuse. Pas d'adénite cervicale, pas d'hypertrophie amygdalienne.

Les urines sont d'abord peu abondantes, 500 à 600 grammes par jour, puis 900 à 1.000 grammes. Le taux de l'albumine s'élève d'abord à deux grammes par jour, puis tombe à 0 gramme 50. Pas de sucre, ni d'acétone. Un gramme d'urée par litre. Le taux des chlorures et des phosphates est légèrement abaissé. Le palper bimanuel des deux reins est douloureux mais ne révèle pas la présence d'une tumeur.

L'hypothermie est constante : 35°6, 36°2 au maximum. La malade a toujours la sensation d'un refroidissement périphérique.

L'état reste stationnaire huit jours, puis les phénomènes digestifs prédominent. Les douleurs abdominales sont intenses ; le poids des couvertures n'est plus supporté par la malade. Les vomissements deviennent bilieux. On pense à une péritonite aiguë, mais il n'y a pas de météorisme et la diarrhée continue, l'hypothermie s'accentue : 35°.

Le 10 mai, deux jours après l'aggravation des symptômes digestifs, la malade présente subitement des crises d'épilepsie, dont la phase tonique est généralisée, mais dont la phase clonique se limite au bras droit. La face est intéressée. Cyanose pendant la crise. La malade se mord la langue, un peu d'écume lui vient aux lèvres. Huit à dix crises en vingt-quatre heures. Dans l'intervalle des crises, la malade reste dans un demi-coma.

Une nouvelle analyse d'urine, pratiquée le lendemain, donne les mêmes résultats que la précédente.

Le 11 mai, les phénomènes nerveux se calment : le syndrome pseudo-péritonitique n'existe plus, le pouls est régulier, bien frappé, l'apathie est moins grande. Le 18 mai, les vomissements reprennent, les douleurs sont de nouveau très vives, mais une accalmie se produit qui persiste quelques jours.

Le 23 mai, dans la matinée, la malade meurt subitement.

L'autopsie est pratiquée trente-six heures après. On note uniquement deux reins très volumineux, surmontés d'une capsule énorme englobée dans un tissu que nous savons maintenant sarcomateux. Les ganglions mésentériques sont atteints par le néoplasme. Il n'y a pas d'autre envahissement d'organes.

Le cœur est très petit, sans athérome. Il n'y a pas de lésions de l'aorte, ni des artères vertébrales. Pas d'œdème cérébral. Pas d'épanchement dans les séreuses, sauf dans la plèvre gauche, où il y a une très légère sérosité hémorragique.

L'examen microscopique pratiqué par M. le professeur Curtis et suivant sa méthode montre qu'il s'agit d'un sarcome double à petites cellules des capsules surrénales, ayant envahi secondairement les deux reins et les ganglions mésentériques.

Les points sur lesquels nous insisterons sont les suivants : 1° la marche clinique de l'affection qui peut se diviser en trois phases bien distinctes : phase de symptômes digestifs, phase de pseudo-péritonite, décrite par Ebstein, phase de symptômes nerveux, le tout clôturé par une mort subite. Cette marche correspond d'une façon

typique à ce que SERGENT et BERNARD ont décrit sous le nom de syndrome surrénalien. Nous croyons pouvoir exclure définitivement le diagnostic d'insuffisance rénale, car les nombreuses analyses d'urine et les détails anatomo-pathologiques écartent cette hypothèse.

2° Nous insisterons également sur la rareté des tumeurs primitives et doubles des capsules surrénales. Les épithéliomes sont les plus fréquentes, les tumeurs conjonctives ont été peu rencontrées. D'après SERGENT et BERNARD, toutes ces tumeurs ne donneraient que très rarement lieu au syndrome surrénalien, car des parties de l'organe sont habituellement épargnées en quantité suffisante pour la fonction.

M. **Combemale** rappelle combien il est difficile de porter le diagnostic d'insuffisance surrénale. Chez le malade dont l'observation est rapportée, ce diagnostic n'avait été posé qu'avec les plus grandes réserves.

M. **Surmont** pense que deux signes relevés pendant la maladie pouvaient faire songer au diagnostic d'insuffisance surrénale, l'hypotension vasculaire et l'asthénie musculaire. Il est intéressant également qu'un syndrome pseudo-péritonitique si grave ne se soit pas terminé par la mort rapide de la malade.

Luxation de la rotule méconnue

M. **Dubar**, d'Armentières. — Les observations de luxation de la rotule sont relativement rares puisque MALGAIGNE a été le premier à les décrire dans un mémoire paru en 1836. Leur diagnostic serait assez facile; d'après Paul BERGER, on ne saurait les méconnaître que si elles s'accompagnent d'autres lésions graves capables d'en masquer les signes.

La luxation a pourtant été longtemps méconnue chez le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société et dont voici l'observation :

Homme aujourd'hui âgé de 32 ans, tisseur, venu se faire soigner pour une autre affection.

A l'âge de trois ans, à ce qu'on lui a raconté, étant assis sur une chaise d'enfant, il a voulu se lever et est tombé brusquement à la renverse en frappant le genou gauche contre le pied de la table.

Gonflement immédiat du genou, la jambe s'est repliée en arrière. Le médecin appelé fit mettre des compresses et porta le diagnostic de tumeur blanche.

Ce diagnostic fut confirmé par différents médecins qui virent le malade. Il resta ainsi jusqu'à sept ans, se transportant à l'aide de béquilles.

A sept ans un confrère fit le diagnostic de luxation du genou, allongea la jambe et la mit dans un appareil plâtré, où elle resta cinq à six mois. Il apparut à ce moment des abcès dont on retrouve encore les traces.

A partir de ce jour il sut tenir la jambe presque allongée et put la plier.

Il a pu exercer jusqu'à présent le métier de tisseur qui exige la station debout permanente.

Il se tient très bien sur cette seule jambe, marche sur la pointe du pied et sait descendre les escaliers. Le membre est notablement atrophié, il ne peut le mettre en extension complète. Le pied tourne plus en dehors que du côté sain. La luxation externe de la rotule est facile à sentir.

S'agit-il ici d'une luxation traumatique de la rotule, c'est ce que je voudrais vous voir vérifier ?

M. **J. Colle** pense que la rotule peut sauter sous l'influence d'une lésion tuberculeuse qui distend la synoviale. Ces tuberculoses locales sont susceptibles dans la suite de guérir complètement.

M. **Carlier** rejette ce diagnostic de tuberculose locale : celui-ci ne cadre pas avec l'absence d'ankylose et la non fixation de la rotule.

M. **Surmont** juge qu'il serait utile de radiographier le malade.

Sur la recherche toxicologique de la morphine

MM. **Er. Gérard**, **Deléarde** et **Ricquiet** lisent une communication dont le texte *est reproduit in extenso dans le présent numéro*.

M. **Charmeil** demande si les recherches expérimentales ont été étendues à l'homme. Il fait remarquer l'intérêt clinique d'une découverte facile de la morphine dans l'urine ; on sait combien les morphinomanes sont simulateurs et à quel point il est imprudent de s'en rapporter à leurs dires quand ils affirment avoir renoncé à leur intoxication habituelle. D'autres morphinisés, sortes d'intoxiqués honteux, cachent avec soin leur vice qui serait fort utilement décelé par l'analyse urinaire.

M. **Surmont** demande si M. GÉRARD, a pu isoler le composé sulfoné par lequel il explique les réactions trouvées.

M. **Er. Gérard** répond que l'oxymorphine a été isolée, mais non le dérivé sulfoné. Il dit que cette question n'est pas complètement résolue.

M. **Malméjac** a recherché, sans succès, la morphine dans l'urine, chez des malades intoxiqués par l'opium. Les procédés ordinaires et classiques sont très insuffisants dans ces cas.

(A suivre).

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Les tumeurs de l'encéphale, manifestations et chirurgie, par le docteur H. DURET, ex-chirurgien des hôpitaux, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de Lille.

Le Congrès français de chirurgie de 1903, comportait l'importante question, *Les tumeurs de l'encéphale*, et le rapport en avait été confié au professeur DURET. Les tra-

vaux antérieurs de ce maître sur la circulation des centres nerveux, les localisations cérébrales, les traumatismes cérébraux les désignaient, sans conteste, pour l'honneur de rédiger ce rapport. On a gardé le souvenir de l'important travail qui fut soumis aux chirurgiens.

L'effort considérable, qu'il avait donné pour la rédaction de ce travail, l'auteur n'a point voulu qu'il ne fut point suivi d'un autre. Une monographie manquait dans la science française sur la chirurgie cranio-encéphalique, parée des observations, des statistiques, des dessins, des photographies qui forment, par leurs détails et les aspects divers sous lesquels on peut grâce à eux considérer la question, la valeur de ces sortes de travaux. L'ouvrage de M. Duret vient combler cette lacune. C'est sous la forme d'un volume de près de 850 pages qu'il est présenté au public.

Neurologistes et chirurgiens ne peuvent pas ne pas être heureux que pareil ouvrage ait vu le jour. Les neurologistes trouveront des documents sans nombre dans les 400 observations de tumeurs cérébrales, localisées par le diagnostic et opérées que contiennent les tableaux statistiques. Les chirurgiens liront avec fruit la partie spécialement réservée à la chirurgie proprement dite des tumeurs encéphaliques.

Dans la première partie est une étude originale du syndrome des tumeurs encéphaliques, de sa constitution, de ses variations, de sa pathogénie, suivie de la séméiologie générale de ces neoplasmes : les troubles intellectuels, moteurs, sensoriels, sensitifs, que détermine leur présence dens les centres nerveux ; les troubles de langage, de l'équilibre, des réflexes ; les troubles circulatoires, respiratoires, rythmiques, sécrétoires; les symptômes révélés par la percussion, l'auscultation, l'exploration électrique, le cytodiagnostic, la radiographie. De l'excellente séméiologie est faite dans les 150 pages consacrées à ces divers points, et l'auteur y a mis tout son savoir, qui est grand, et sa conscience.

La seconde partie relative aux manifestations localisées des néoplasmes cérébraux, aux tumeurs des lobes, est un essai, poussé aussi loin que possible d'après les connaissances actuelles, sur les localisations cérébrales. Les exemples y sont multipliés de tumeurs de tous les lobes : tumeurs des lobes frontaux et leurs manifestations psychiques, convulsives, psycho-paralytiques, etc. ; tumeurs de la région rolandique ou sensitivo-motrice ; tumeurs du lobe pariétal et troubles de la sensibilité profonde ; tumeurs du pli courbe et hémianopsie ; tumeurs du lobe occipital et troubles visuels et aphasiques ; tumeurs du lobe temporal et sphénoïdal, symptômes auditifs, olfactifs, aphasie sensorielle. Je m'arrête.

Le diagnostic, la tâche la plus ardue du clinicien, est étudié dans la troisième partie, le traitement chirurgical en la quatrième partie. Ce ne sont point les parties les moins intéressantes et les moins personnelles de l'ouvrage. Diagnostic seméiotique, diagnostic différentiel, diagnostic topographique, diagnostic des tumeurs multiples, diagnostic de la nature des néoplasmes, ces têtes de chapitre en disent déjà long pour le médecin curieux de ces questions. Le chirurgien puisera dans l'historique, les indications, les méthodes et procédés opératoires, dans les statistiques et les résultats des opérations, des renseignements du plus haut intérêt.

On ne peut que remercier l'auteur d'avoir enrichi la neurologie et la chirurgie d'un semblable travail. Le développement donné au rapport premier a élevé ce volume à la hauteur d'un ouvrage de valeur et qui datera.

Dr F. C.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Un Médecin Poète

(Le Doyen de la Chambre des Députés)

M. Paul Bourgeois, député de La Roche-sur-You, a présidé la séance de rentrée à la Chambre. M. Bourgeois est né en 1827, il est donc âgé de soixante-dix-huit ans. Il est député depuis 1871. M. Bourgeois est médecin et il s'en honore. En 1876, le *Figaro* voulant tracer des silhouettes de parlementaires, leur avait envoyé un questionnaire auquel M. Bourgeois répondit en vers. Nous sommes heureux de pouvoir les reproduire ici :

Noms du député :

Un nom bourgeois ! mais je préfère
Le garder tel qu'il m'appartient ;
S'il est modeste, de mon père
Ce fut le nom et c'est le mien.

Prénoms :

Paul....Saint Paul trouva comme apôtre
Son chemin de Damas. Eh bien,
Si vous avez trouvé le vôtre,
Moi, messieurs, je poursuis le mien.

Age :

Mon âge ? Je pourrais sans peine
Etre un inamovible. Hélas !
J'avais doublé la quarantaine
Quand le fauteuil m'ouvrait ses bras.

Nombre de voix :

Huit mille voix... quelle fortune !
Cinq mille de majorité !
Toutes les voix de ma commune :
C'est surtout ce qui m'a flatté.

Profession, fonctions

Conseiller municipal, maire,
Conseiller général : enfin
Médecin et propriétaire
Et surtout pas républicain.

Couleur politique actuelle :

Ma politique a sa nuance :
Monarchie hier, aujourd'hui,
J'attendrai le Roi ; mais la France,
En attendant passe avant lui.

Particularités de famille :

Ma famille, l'on peut m'en croire,
N'a pas fait grand bruit, Dieu merci !
Les hommes qui n'ont pas d'histoire
Sont souvent très... à l'aise ici.

Portrait physique :

Je n'entends point, au Belvédère,
Remplacer Apollon... Messieurs,
Je ne suis point beau, mais j'espère
Etre encore moins laid que Crémieux.

Procès, duels :

Procès ou duels ? de mes crimes,
Oh ! j'ignore le nombre. Au fait,
Je suis docteur : de mes victimes
Quel est le chiffre ? Dieu le sait !

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Dans la première quinzaine de mars 1906 aura lieu un **Concours pour les médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés.**

— Nous relevons comme intéressant particulièrement notre région, les promotions suivantes dans le **Corps de santé militaire**, réserve et territoriale : Sont promus au grade de médecin aide-major de 1re classe de réserve MM. les docteurs Aubert, de Lille ; Beulque, de Tourcoing ; Blanchard, d'Avesnes-lez-Aubert (Nord) ; Bommier, d'Arras ; Boulogne, de Valenciennes ; Bourg, d'Aubenton (Aisne) ; Buyck, d'Auchel (Pas-de-Calais) ; Castelain, de Lille ; Defrise, de Cambrai ; Dehaine, d'Aire (Pas-de-Calais) ; D'Haussy, de Maing (Nord) ; Drucbert, de Lille ; Duval de Dunkerque ; Gamblin, de Fruges (Pas-de-Calais) ; Hérin, de Féchain (Nord) ; Lamotte, de Pont Remy (Somme) ; Lecomte, de Le Nouvion (Aisne) ; Marlier, d'Assevent-lez-Maubeuge ; Meurisse, de Faches-Thumesnil ; Nevejan, de Ghyvelde ; Paquet, de Douai ; Picquet, de Roubaix (Nord) ; Poupart, d'Hazebrouck (Nord) ; Pruvost, d'Amiens (Somme) ; Rinuy, de Flesselles (Somme) ; Roussel, de Le Nouvion (Aisne) ; Sergent, d'Hirson (Aisne) ; Verny, de Boulogne-sur-Mer. Sont promus au grade de médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale MM. les docteurs Billaud, de Saint-Quentin (Aisne) ; Girard, d'Avesnes (Nord), au grade de médecin-major de 2e classe MM. les docteurs Décamps, d'Amiens ; Moulonguet, d'Amiens ; Surmont, de Lille, au grade de médecin aide-major de 2e classe MM. les docteurs Banteignie, de Berlaimont (Nord) ; Berthelemy, de Braisne (Aisne) ; Boutin, d'Auxi-le-Château (Pas-de-Calais) ; Brulant, de Saulzoir (Pas-de-Calais) ; Caffeau, d'Aniche (Nord) ; Caron, de Le Nouvion (Aisne) ; Caumartin, de Lille ; Cayet, de Felleries (Nord) ; Chantrel, de Lambersart ; Chevalier, de Sains-du-Nord ; Goidin, du Portel (Pas-de-Calais) ; Houzé, de Douchy (Nord) ; Jullien, de Tourcoing (Nord) ; Louart, de Saint-Ricquier (Somme) ; Marlière, d'Aubenton (Aisne) ; Noirot, de Neuilly-Saint-Front (Aisne) ; Nuyts, de Roubaix ; Prieur, de Château-Thierry (Aisne) ; Razemon, d'Oignies (Pas-de-Calais) ; Relle, d'Anzin (Nord) ; Sacleux, de La Bassée (Nord) ; Taquet, de Saint-Ricquier (Somme) ; Thierry, d'Orchies (Nord) ; Vincent, de Mouvaux (Nord) ; Wartel, de Lys-lez-Lannoy (Nord).

Soutenance de Thèse

M. G.-G.-N. Taconnet, de Saint-Souplet (Nord), interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté, a soutenu, avec succès, le lundi 10 juillet 1905, sa thèse de doctorat intitulée : **Histoire de l'épidémie de variole à l'hôpital de la Charité en 1902-1903, remarques et faits cliniques.**

— M. G.-J.-V. Bertrand, de Carvin (Nord), a soutenu, avec succès, le mercredi 12 juillet, sa thèse de doctorat (n° 35) intitulée : **Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire du larynx chez l'enfant.**

UNIVERSITÉ DE PROVINCE

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont nommés professeurs adjoints : MM. les docteurs Pousson, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des voies urinaires ; Dubreuilh, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques ; Régis, chargé d'un cours complémentaire des maladies mentales ; Moure, chargé d'un cours complémentaire des maladies du larynx, des oreilles et du nez.

Distinctions Honorifiques

Légion d'honneur. — Ont été nommés *officiers* : MM. les docteurs Bresset, Colnenne, Fournié, Rigal, médecins principaux de 1re classe, Bassompierre, Hussenet, médecins principaux de 2e classe, Franchet, médecin-major de 2e classe de l'armée.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs L. Moussous, professeur honoraire d'accouchements à la faculté de médecine de Bordeaux, Clado, de Paris.

Gruson, de Marquise (Pas-de-Calais). Nous adressons à la famille de ce distingué confrère, particulièrement à son fils, étudiant en médecine à notre faculté, l'expression de nos bien vives condoléances.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences qui s'y rapportent, par Emile Littré, membre de l'Académie française et de l'Académie de médecine. 21e édition entièrement refondue,

par le docteur A. Gilbert, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. gr. in-8 de 2.000 pages à 2 col. avec 1.000 figures, 25 fr. — En vente : 1er fascicule, 5 fr. (Libraire J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Le Dictionnaire de médecine de Littré est l'un des plus vénérables de la médecine. Il a, en effet, connu la gloire de vingt-et-une éditions successives et l'an prochain le saluera centenaire.

Sous la puissante impulsion de Littré, l'œuvre primitive de Capuron, de Nysten, de Bricheteau et de Jourdan avait pris l'ampleur d'un véritable monument scientifique faisant autorité auprès du monde médical ; ce n'est pas un Dictionnaire de médecine quelconque, c'est une sorte de code faisant loi chacun s'incline. C'est le Dictionnaire !

Après la mort de Littré, son œuvre ne périclita pas, ainsi qu'en témoignent les multiples éditions parues depuis lors. Toutefois il lui fallait un continuateur.

M. le docteur Gilbert, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, a bien voulu en accepter la charge et l'honneur.

C'est en réalité une œuvre entièrement nouvelle, la révision ayant été faite mot par mot pour mettre le livre au courant des acquisitions nouvelles Les milles figures intercalées dans le texte sont également entièrement nouvelles.

Le Dictionnaire de médecine de Littré n'est pas seulement une liste de mots accompagnés d'explications succinctes, un vocabulaire dont les définitions sont d'ailleurs irréprochables, le nom de Littré étant au point de vue physiologique une garantie absolue ; il est descriptif non moins qu'explicatif, il donne le moyen de comprendre toutes les locutions usuelles dans les sciences médicales ; il permet, par la multiplicité de ses articles, d'éviter des recherches dont l'érudition la plus vaste ne saurait aujourd'hui se dispenser ; il forme en même temps une encyclopédie complète, présentant un tableau exact de nos connaissances, mis au courant des progrès de la science et des besoins usuels de la pratique journalière.

Par suite du travail considérable nécessité par la refonte complète de cette nouvelle édition, et bien que ce travail ait déjà été commencé depuis plus de trois ans, le Dictionnaire de Littré et Gilbert paraît en 5 fascicules à 5 francs qui seront régulièrement publiés tous les deux mois, de façon à ce que l'ouvrage soit complet en janvier prochain.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

27e Semaine, du 2 au 8 juillet 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	4
3 mois à un an	6	3
1 an à 2 ans	1	»
2 à 5 ans	1	»
5 à 20 ans	3	2
20 à 60 ans	9	14
60 ans et au-dessus	12	9
Total	38	32

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	1	3	2
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	2	1	»	2	»	»	»	»	1	»	4	12	5
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	4	»	»	»	1	»	1	1	»	»	4	»	»	»	»	»	2	13	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	1	»	1	3	»	»	»	»	»	3	11	21
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	16
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	2	»	»	1	6	9
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	1	1	»	»	»	»	»	1	5	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	4
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	6	16
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	3	1
Total	»	»	»	»	»	13	»	»	1	2	»	5	6	1	5	11	»	»	2	1	»	18	65	102

N° 445. Neuvième Année. N° 30 Le Numéro : 10 centimes 23 Juillet 1905

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Opération césarienne dans un cas de cyphose dorso-lombaire

Par M. le docteur **H. Brassart,** d'Arras.

Le 20 février 1905, entrait à la Maternité d'Arras, la nommée F... Marie, âgée de 25 ans, qui nous était adressée par un confrère des environs.

En examinant cette femme debout, nous sommes tout de suite frappés par un raccourcissement notable de la taille, qui n'est en effet que de 1 m. 20. Les extrémités des doigts, lorsque les membres supérieurs sont allongés, sont situées au-dessous des articulations des genoux.

Les fausses côtes sont très rapprochées des fosses iliaques et le ventre, forcé de se développer en avant, a repoussé la paroi abdominale et a pris la configuration dite « en obusier ».

En arrière, ce qui frappe de suite la vue à l'examen de cette femme, c'est une gibbosité cyphotique assez considérable. Cette gibbosité occupe la région dorso-lombaire.

La malade, qui nous déclare présenter cette affection depuis l'âge de 5 ans, a eu à divers repriseses des abcès par congestion, qui sont venus s'ouvrir sous l'omoplate droite et au dessus de la crête iliaque du même côté.

Notons enfin, pour terminer l'examen extérieur, des fistules osseuses sur la cuisse droite. Par ces fistules suinte continuellement du pus, et si on y enfonce un stylet, on se rend très facilement compte qu'on arrive sur une surface osseuse dénudée. Toutes ces fistules convergent vers l'extrémité supérieure du fémur. L'articulation paraît libre ; les mouvements étendus sont pénibles. Mais ces lésions osseuses ont amené de ce côté des lésions dystrophiques qu'on peut résumer ainsi : *a*) Diminution de volume de la jambe de ce côté par suite d'une atrophie musculaire marquée ; *b*) Raccourcissement du membre inférieur droit, raccourcissement pouvant être évalué à un ou deux centimètres et suffisant pour amener une inclinaison du bassin. Ces lésions osseuses dateraient de plusieurs années, mais on ne peut obtenir de date précise. Voilà l'extérieur de cette femme, voyons son bassin :

Le promontoire, haut situé, n'est pas accessible. Les diamètres du détroit supérieur sont agrandis, notamment le diamètre antéro-postérieur. Au niveau du détroit inférieur les diamètres sont au contraire très diminués, la configuration générale du bassin représente donc bien la configuration du bassin *cyphotique,* c'est-à-dire la forme *en entonnoir.*

En voici d'ailleurs les mensurations : Diamètre coccy-pubien 5 c.m. 1/2 ; diamètre bi-ischiatique 5 centimètres environ. Ce diamètre a été mesuré au moyen de la main placée de champ entre les ischions.

L'utérus paraît présenter à peu près le développement de l'utérus à terme. L'enfant, dont on entend bien les battements du cœur à droite de l'ombilic, se présente en O.I.D.P. La tête est engagée.

La femme dit avoir eu ses dernières règles le 15 mai 1904. Elle serait donc à terme ou à peu près.

En présence de cette viciation du bassin, nous décidons, pour la raison que nous donnerons plus loin, à faire l'opération césarienne. La femme avertie du danger que peut lui faire courir l'opération, nous déclare qu'elle accepte tout pourvu qu'elle ait un enfant vivant.

Nous attendons le début du travail, et le 22 février, ce travail ayant commencé, nous pratiquons l'opération avec l'aide de deux confrères, dont l'un a bien voulu se charger du chloroforme.

Opération. — Nettoyage sérieux de la paroi abdominale. Antisepsie rigoureuse de la vulve et du vagin, puis la vessie et le rectum étant vidés, on procède aux différents temps de l'opération.

1° *Incision de la paroi abdominale* sur une longueur de 16 centimètres. Cette incision est faite très vite, la paroi offre peu d'épaisseur, l'incision faite, des pinces sont placées sur les bords du péritoine et l'utérus vient de lui-même faire hernie entre les lèvres de l'incision abdominale. Des compresses sont soigneusement placées au-dessus et sur les côtés pour l'isoler de la cavité péritonéale.



2° *Incision de l'utérus.* — Une boutonnière de 2 centimètres est faite en plein milieu de l'utérus et assez haut pour que l'incision n'intéresse pas le segment inférieur. Le doigt pénètre dans cette boutonnière et sur ce doigt comme guide, quelques coups de ciseaux donnés très rapidement vers le haut font une ouverture de 15 à 16 centimètres.

3° *Extraction du fœtus.* — Les membranes encore intactes sont ponctionnées, puis ouvertes largement et le fœtus, dont les pieds se présentent à l'ouverture, est rapidement extrait. C'est une petite fille qui naît, à peine étonnée et qui très rapidement se met à crier.

4° *Extraction de l'arrière-faix.* — Sans perdre une seule minute, la main va immédiatement à la recherche du placenta. Elle le rencontre en arrière, déjà en partie décollé et, après en avoir achevé le décollement, l'entraîne doucement au dehors avec les membranes.

5° *Suture de la paroi utérine.* — La main, introduite une dernière fois dans l'utérus, s'assure qu'il ne reste plus de débris placentaires et on procède rapidement à la suture de la paroi utérine. Ici le rôle de l'aide est très précieux ; c'est lui qui en faisant une bonne expression utérine, va faciliter de beaucoup le rôle de l'opérateur en empêchant l'hémorrhagie et en accolant bien les deux lèvres de la plaie utérine qui vont être suturées. Cette suture est faite au catgut gros. L'aiguille, enfoncée à 1 centimètre environ des bords de la plaie, chemine dans le tissu utérin pour sortir au-dessus de la couche muqueuse, puis suit un trajet inverse dans l'autre lèvre de la plaie utérine. On applique ainsi une dizaine de sutures distantes de 1 centimètre 1/2. La suture profonde faite, on fait la suture superficielle, qui réunit les deux lèvres du péritoine ; puis l'utérus est rentré dans le ventre. On procède au sixième temps.



6° *Suture de la paroi abdominale.* — On fait deux plans de suture au catgut : premier plan, suture du péritoine

et de l'aponévrose ; deuxième plan, suture de la peau et de la couche musculaire.

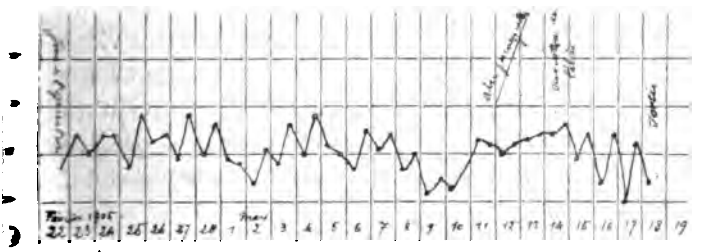
En tout, l'opération a duré vingt-cinq minutes. Il fallut comme instruments : Un bistouri, une paire de ciseaux, trois à quatre pinces à forcipressure et une aiguille de REVERDIN.

Les réflexions que nous a suggérées cette opération sont les suivantes :

1° Il faut aller très vite ;

2° Pour arriver à ce résultat, il faut avoir vis-à-vis de soi un aide très expérimenté. Cet aide est en effet très précieux et nous sommes convaincus qu'il peut beaucoup pour éviter l'hémorrhagie en faisant une expression énergique de l'utérus aussitôt l'extraction du fœtus et de l'arrière-faix opérée. Dans le cas actuel, bien qu'il n'eût été placé aucun lien constricteur à la base de l'utérus, la femme perdit très peu de sang.

Suites opératoires. — Elles furent très bonnes, la température ne dépassa jamais 37°8. La réunion de la plaie



abdominale se fit par première intention et malgré un abcès par congestion qui apparut vers le seizième jour et qu'on dut ouvrir dans la région lombaire, la femme put quitter l'hôpital, complètement guérie, vingt huit jours après l'opération.

L'enfant, qui pesait 2 kil. 080, fut placé en couveuse quelques jours et nourri au lait pasteurisé.

Nous avons pu revoir la mère et l'enfant deux mois et demi après l'opération. La mère va très bien et ne se ressent nullement de son opération. Elle ne présente pas d'éventration. L'enfant est superbe et pèse maintenant 5 kil. 500.

Voyons maintenant pourquoi nous avons choisi l'opération césarienne :

Nous avons tout d'abord rejeté la crâniotomie ou la basiotripsie qui s'offraient à nous comme des moyens de terminer l'accouchement parce que 1° l'enfant était vivant et que 2° la mère tenait à l'avoir vivant.

Ceci mis de côté, nous aurions pu avoir recours à la symphyséotomie ou à l'opération de PORRO plutôt qu'à la césarienne conservatrice. Voyons d'abord pourquoi nous avons préféré la césarienne à la symphyséotomie.

Quand on considère les indications de la césarienne, on a l'habitude de diviser ces indications en deux classes : 1° indications absolues ; 2° indications relatives.

Étions-nous ici en présence d'une indication absolue, c'est-à-dire telle que toute autre opération par les voies naturelles nous mettait dans l'impossibilité d'avoir un enfant vivant ? Nous ne le croyons pas. Il est très probable, en effet, que la symphyséotomie, avec un écartement pubien de 6 à 7 centimètres, aurait permis le passage d'un enfant vivant, surtout l'enfant étant petit.

Nous étions donc en présence d'une indication relative et nous n'avons eu recours de préférence à la césarienne que parce que nous étions dans un milieu hospitalier où nous pouvions prendre toutes les précautions antiseptiques voulues et où, par conséquent, nous avions le maximum de chances de réussir cette opération. Dans tout autre milieu, avec des aides moins expérimentés, avec des moyens antiseptiques moins faciles, il est probable que nous ayons eu recours à la symphyséotomie comme devant faire courir à la femme moins de danger.

Pourquoi enfin, n'avons-nous pas fait l'opération de PORRO ? Tout simplement parce qu'il n'existait, en somme, aucune indication absolue d'avoir recours à cette opération.

Les indications absolues d'avoir recours à l'opération de PORRO sont en effet : 1° l'infection probable de l'utérus ; 2° l'obstruction partielle ou totale du canal utéro-vaginal par une tumeur ; 3° le cancer inopérable de l'utérus ; 4° le bassin vicié par ostéomalacie ; 5° l'inertie utérine complète qui survient au cours d'une césarienne conservatrice.

Ici, aucune de ces raisons n'existait ; c'est pourquoi nous avons eu recours à la césarienne conservatrice.

Scotomes hmianopsiques. — Scotomes, inférieur droit et externe gauche, survenus subitement à trois ans d'intervalle. — Atrophie papillaire double (1).

par le docteur **Léon Dubar**, d'Armentières.

L'observation suivante nous a paru digne d'être publiée à cause de la rareté des symptômes constatés. Toutes les questions relatives aux divers rétrécissements du champ visuel ont acquis à présent une importance telle en ophtalmologie et en neurologie qu'on ne saurait examiner de trop près les cas qu'on peut rencontrer.

De plus l'étiologie de l'atrophie papillaire est si obscure dans le plus grand nombre des cas qu'il y a lieu, pensons-nous, de chercher à l'éclairer.

D..., Édouard, quarante-cinq ans, vient nous trouver le 20 octobre 1904 se plaignant de troubles visuels de l'œil gauche.

Antécédents héréditaires. — Son père aurait perdu la vue quelques années avant de mourir. Sa mère est morte ayant une cataracte sénile complète d'un œil. Ses frères et sœurs se portent bien, aucun ne souffre des yeux. Sur ses cinq enfants, les trois premiers sont morts, les deux autres sont bien portants.

Antécédents personnels. — Homme de petite taille, D.... est venu au monde avant terme. N'a pas fait de maladies graves. A l'âge de vingt ans il eut des troubles oculaires qui durèrent six mois à un an. Au moment du déjeuner, huit heures et demie du matin, avant d'avoir mangé, il ne voyait plus que difficilement les objets qu'il manie par état, et en marchant voyait comme un brouillard

(1) Communication à la Société centrale de médecine, séance du 24 février 1905.

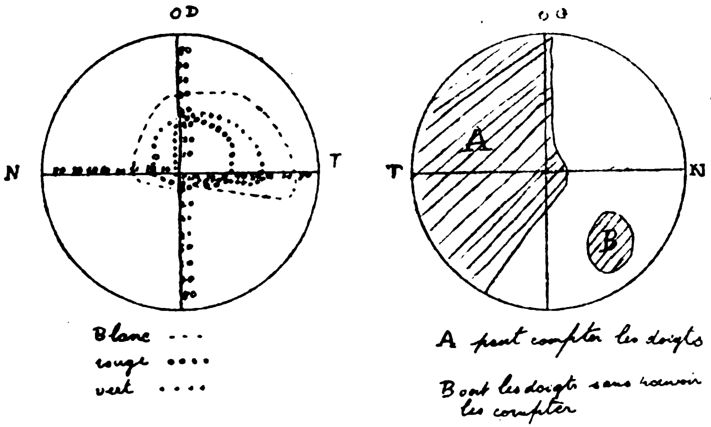
devant les yeux. Cela durait une demi-heure environ, revenait fréquemment et toujours à la même heure. Il voyait des étincelles « comme s'il avait regardé le soleil ».

Le malade a eu des battements de cœur. Les radiales se sentent mais ne sont pas athéromateuses. Le pouls est régulier, la tension supérieure à la normale. Le cœur est normal. Il y a un an le malade a eu une hémorrhagie nasale ayant duré huit jours.

Histoire de la maladie. — Il y a trois ans, exactement, le lendemain du quatorze juillet, il ressentit les premiers troubles de l'œil droit. Il n'avait commis aucun excès, avait simplement assisté à la revue et s'était un peu fatigué à soulever un enfant pour lui permettre de mieux voir.

La veille, il avait ressenti un léger mal de tête; cependant il avait bien dormi la nuit.

Depuis il a éprouvé quelques vertiges. Du côté droit,



il ne voit que dans le segment supérieur du champ visuel. La vision est maintenue telle depuis trois ans.

A l'ophtalmoscope la papille est entièrement blanche, atrophique, les vaisseaux sont amincis.

Le 19 septembre 1904, le lendemain d'une partie de plaisir qu'il fit sur l'impériale d'une voiture, il ressentit des douleurs de l'œil et de la tête. Il ne s'était pourtant pas fatigué, ni refroidi sensiblement.

Le 10 octobre, l'œil gauche, examiné à l'ophtalmoscope, présentait des phénomènes de stase : papille hyperhémiée mais non boursouflée.

Quand il fixe un objet, l'objet semble marcher. L'œil est légèrement douloureux pendant les mouvements.

Au premier examen du champ visuel, on constatait une hémianopsie interne (latérale).

En examinant de plus près, on constatait que seul le quart inférieur externe du champ visuel était resté bon.

Dans la partie inféro-interne, il existe un îlot qui perçoit confusément.

Depuis cette époque, le malade ressent un léger mal de tête dans l'occiput. Sept à huit jours avant l'apparition des troubles du côté de l'œil gauche, le malade éprouva quelques douleurs, surtout au niveau de la paupière supérieure, et presque dans tout l'œil, des picotements comparables aux sensations qu'on éprouve lorsqu'on a du sable dans les yeux. Cela dura deux jours, puis cessa ; quatre jours plus tard, le lundi 19 septembre, le malade s'aperçut que l'œil gauche était pris.

Etat général. — Pendant quinze jours à trois semaines, mal de tête qu'il localise à la partie postérieure de la tempe droite. Pas d'apoplexie; bien qu'il ressentît un certain malaise en se levant, on n'a pas remarqué qu'il fût rouge.

Aux membres supérieurs, les forces sont égales des deux côtés, la motilité est normale. La motilité et la force musculaire des membres inférieurs sont normales. Les membres supérieurs présentent un tremblement presque insignifiant. Pas de tremblement intentionnel ni d'ataxie.

Les réflexes rotuliens sont exagérés à droite et à gauche. Pas de troubles des sphincters, sensibilité intacte dans tous ses modes.

Stigmates. — Jamais de constriction de la gorge, ni de sensation de boule remontant de l'épigastre. Réflexe cornéen conservé. Réflexe lumineux aboli à gauche, conservé à droite.

Liquide céphalo-rachidien.

Le temps nous a manqué pour examiner le liquide céphalo-rachidien. Nous le regrettons, étant donné que dans le tabes et la paralysie générale avec atrophie du nerf il y aurait, dit LERI dans sa thèse, une lymphocytose nette peut-être plus abondante dans les cas récents datant de quatre ou cinq ans que dans ceux datant de dix, quinze ou vingt ans.

En résumé, voici un homme relativement sobre et de bonne santé qui, après avoir ressenti à vingt ans quelques troubles visuels passagers, voit brusquement, après vingt-cinq ans, la vision de la moitié inférieure du champ visuel droit se perdre. Trois ans après, autre diminution d'une grande partie du champ visuel de l'œil gauche. Il présente actuellement des deux côtés une atrophie blanche totale sans excavation.

Diagnostic étiologique. — S'agit-il d'une embolie partielle de l'artère centrale ? Le fond d'œil n'en présente pas l'aspect, le malade n'a rien au cœur. Il n'y a pas de sinusite des cavités de la face et pas de gêne du côté du sphénoïde, la gorge est saine, pas de syphilis antérieure, pas d'embarras gastrique, pas d'amblyopie toxique, le malade ne fume pas, n'est pas exposé aux accidents saturnins et est relativement sobre. Il n'a jamais subi de traumatismes, pas de phénomènes hystériques, pas de nystagmus, par conséquent, pas de sclérose en plaques. D'autre part, la durée de l'évolution et la localisation rendent invraisemblable une tumeur de la base ou une méningite locale.

Le refroidissement qu'il a subi n'est pas assez intense pour causer une lésion pareille. C'est donc une atrophie essentielle car, ainsi qu'il est dit dans l'observation, on n'a pu, malgré une recherche minutieuse, trouver chez lui aucun symptôme de tabes, non plus que le moindre affaiblissement intellectuel.

Mais pourtant ne devons-nous pas, comme LERI dans sa thèse (Cécité et Tabes, Paris 1904), nous demander s'il ne s'agit pas ici d'un tabes, ou d'une paralysie générale « arrêtée » pour ainsi dire à une période préataxique ou « prémentale ».

N'y a-t-il pas un certain nombre d'aveugles qui ne présentent d'autres symptômes de la maladie nerveuse que quelques symptômes communs à la paralysie générale et au tabes, comme le signe de Westphall, par exemple ? et même le processus ne peut-il être plus limité encore : ne

peut-on trouver, comme l'admettait Robin, un tabes-mono-symptomatique caractérisé uniquement par la cécité et qu'on pourrait tout aussi bien dénommer Paralysie générale mono-symptomatique.

Dans l'hypothèse d'une séparation absolue entre les deux entités morbides, quelle est celle qu'il faudrait choisir? Peut-on conclure d'après l'examen ophtalmoscopique?

Voici ce qu'en dit Léri :

«Chez les quelques paralytiques généraux avec amaurose plus ou moins absolue que nous avons pu examiner, nous avons observé exactement les mêmes variations de coloration, et la distinction que l'on a voulu faire entre l'atrophie « grise » ou spinale des tabétiques et l'atrophie blanche ou « cérébrale » des paralytiques généraux ne nous a nullement paru justifiée. Charcot avait déjà signalé que dans la paralysie générale on observe quelquefois une lésion de la papille qui ne diffère en rien d'essentiel de celle qui se montre dans l'ataxie. Il est dangereux en ophthalmoscopie de vouloir faire de ces distinctions subtiles, l'aspect du fond de l'œil est trop variable, même à l'état physiologique. »

Malgré ces objections et bien d'autres qui ont été faites contre la distinction entre l'atrophie grise et l'atrophie blanche, j'ai le sentiment qu'au début de l'atrophie cette différence existe.

Bien évidemment ces différences disparaissent lorsqu'on arrive à la période d'excavation de la papille. J'ai vu des cas d'atrophie grise dans le tabes. Lorsqu'on regardait la papille elle avait un aspect brillant, nacrée avec un reflet bleuâtre. Je ne me souviens pas avoir rien vu de semblable chez les paralytiques généraux.

L'examen du fond d'œil chez mon malade me ferait plutôt penser à une affection d'origine cérébrale. D'autres symptômes me confirment dans cette opinion. C'est ainsi que pour Schmidt-Rimpler l'atrophie optique dans la paralysie générale a toujours une origine névritique. Il semblerait que les auteurs considérèrent l'atrophie tabétique comme n'étant pas inflammatoire. Leri déclare que « ses observations sont loin de prouver d'une façon absolue que l'atrophie optique des tabétiques soit consécutive à une névrite. »

Dans notre cas, la névrite optique pour l'œil gauche a été très nette et de plus le système vasculaire de la papille s'est très rapidement modifié, alors que dans le tabes ces modifications ne se produiraient que plus tardivement.

La progression que subit la maladie ne nous permet pas d'espérer une amélioration sensible de la vision. Nous n'avons pas rencontré cette fois un de ces cas heureux où malgré l'existence d'une papille blanche le malade recouvrira une acuité visuelle presque égale à l'unité, ce qui est bien le type de l'atrophie essentielle. C'est à une maladie incurable et progressive que nous avons affaire, tabes ou paralysie générale, l'avenir nous le dira, à moins que le malade définitivement aveugle et ne pouvant gagner sa vie ne voit ses jours abrégés par le chagrin et la misère avant que d'autres symptômes ne viennent éclairer notre diagnostic. C'est là, à mon avis, la grande cause de la rareté des constatations de la cécité comme symptôme primitif chez les paralytiques généraux et les tabétiques.

Essai d'une statistique de la mortalité médicale dans le département du Nord

par le professeur **H. Surmont**

Secrétaire général de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département du Nord

L'établissement d'une statistique globale de la mortalité médicale dans le Nord étant au-dessus des ressources financières dont dispose l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département du Nord, je me suis borné à recueillir des renseignements sur l'âge des confrères membres de l'Association décédés depuis 1859 (date de la fondation) jusqu'en 1904: ainsi en avait-il été décidé par la commission administrative réunie à cet effet.

L'Association se recrutant indifféremment parmi les confrères de la ville et de la campagne, des centres industriels comme des régions agricoles, représente, évidemment, d'une manière exacte, la composition moyenne du corps médical du Nord.

Malheureusement, la statistique que j'ai pu établir ne porte que sur un chiffre restreint de décès, 291 exactement. Il a été impossible, pour des causes variées, (défaut de réponses, confrères morts hors de leur résidence dans des localités inconnues) d'obtenir des renseignements précis dans 51 cas. J'adresse mes remerciements aux confrères et aux maires qui ont bien voulu collaborer à ce travail.

Périodes décennales	Nombre de décès relevés	Age moyen des décédés
1859-1869	57	53,19
1870-1879	67	61,26
1880-1889	69	60,31
1890-1899	72	59,34
1900-1904	26	65,11

Total des decès relevés 291.
Moyenne générale de la vie : 59,84 (59 ans 10 mois 6 jours.)

Si nous nous reportons aux chiffres publiés dans le bulletin de l'Association Générale par M. Sentex (1) nous voyons qu'une statistique portant sur 7 936

(1) *Bulletin de l'Association Générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France*, n° 15, 15 avril 1905, p. 87.

médecins français ayant exercé dans 33 départements différents donne comme âge moyen du décès : 64 ans, 77 (soixante-quatre ans, neuf mois, onze jours) : à ce compte la moyenne de la vie des médecins est plus courte dans le Nord que dans la plupart des départements. En effet, sur 38 sociétés locales ayant donné des renseignements (34+3 dans le rapport de M. Sentex + (Nord), le Nord occupe la quatrième place parmi les moins privilégiées et les chances de vie, d'après nos chiffres, y sont de cinq ans inférieure à la moyenne générale. Seuls le Pas-de-Calais (58,30), le Morbihan (58,38), l'Aveyron (58,62), donnent des chiffres plus bas.

Cette mortalité précoce tient-elle à ce que la profession médicale est plus fatigante chez nous que dans beaucoup d'autres départements ? Tient-elle à un abaissement de la moyenne générale de la vie, dans notre département, par rapport aux autres ?... Ce sont des questions que je ne puis résoudre, faute de chiffres à l'appui de l'une ou de l'autre opinion. En tout cas, il est digne de remarquer que nos confrères du Pas-de-Calais sont dans la même situation que nous, car, dans la région industrielle et maritime de ce département, l'exercice de la médecine se fait dans des conditions analogues à celles qui existent dans les régions correspondantes chez nous.

Si, dans un second tableau, nous relevons la fréquence des décès, aux diverses périodes de la vie, nous trouvons :

jusqu'à 29 ans	3	158
30 à 39 »	23	
40 à 39 »	56	
50 à 59 »	76	
60 à 69 »	56	133
70 à 79 »	56	
80 à 89 »	20	
90 et au-dessus	1	
Total	291	

Il résulte de ces chiffres que la période de cinquante à cinquante-neuf ans est celle de la mortalité la plus forte et que de quarante à quarante-neuf ans, les chances de mort sont aussi grandes que de soixante à soixante-dix-neuf ans. Ces chiffres ne sont pas sans comporter des enseignements utiles, et je me permets de signaler à mes confrères combien la mortalité médicale monte rapidement après quarante ans. C'est le moment de veiller à son hygiène et d'éviter les surmenages intempestifs.

Au point de vue de l'intérêt qu'il y a, pour les médecins, à s'inscrire aux caisses professionnelles de retraite pour la vieillesse, nos chiffres sont aussi démonstratifs que possible, puisque, même dans notre département, 45,70 °/₀ des médecins dépassent soixante ans, ainsi que le montre le tableau suivant :

décès au-dessous de 60 ans	158	soit 54,80 °/₀
» au-dessus » »	133	» 45,70 °/₀
» de 60 à 69 ans	56	» 18,9 °/₀
» » 70 à 79 »	56	» 18,9 °/₀
» » 80 à 89 »	20	» 6,87 °/₀
au-dessus de 90 »	1	» 0,34 °/₀

Origine des médecins établis dans le département du Nord

Il m'a paru intéressant de profiter des renseignements fournis par la statistique précédente, pour étudier le recrutement du corps médical dans le Nord. Il résulte des chiffres que sur les 306 médecins pour lesquels nous avons obtenu des renseignements, 251 étaient nés dans le département du Nord et 55 en dehors du département, ce qui fait environ un médecin né en dehors du département, sur sept.

Consultations Médico-Chirurgicales

Péritonite tuberculeuse

Professeur agrégé Le Fort.

INFORMATIONS CLINIQUES. — I. Un enfant chétif est pris de douleurs abdominales, accompagnées de vomissements et de constipation, parfois de rétention d'urine ; il a de la fièvre ; le ventre se ballonne et dans les flancs l'examen révèle la présence d'un peu d'ascite. Quand ces phénomènes sont accompagnés de troubles dans les divers organes, la *tuberculose miliaire aiguë du péritoine* dont ils sont l'expression est plus ou moins masquée par la tuberculose aiguë généralisée ou granulie ; elle passe alors au second plan et n'a plus qu'un intérêt accessoire, mais elle peut aussi exister à l'état isolé, indépendante de toute autre bacillose aiguë ou chronique.

II. Plus souvent, c'est lentement, progressivement, sans réaction notable qu'apparait chez une fillette pâlotte l'augmentation de volume du ventre. Celui-ci est plat, étalé, moins pourtant que dans la cirrhose : les flancs sont mats, le flot est net et évident. Les fonctions digestives se font mal ; pas d'appétit, vomissements assez fréquents, pas de régularité dans les selles, tantôt diarrhée, tantôt constipation; l'amaigrissement, la perte des forces sont progressifs ; avec cela, le gros ventre est douloureux, spontanément et au toucher ; c'est la *péritonite tuberculeuse à forme ascitique.*

III. Chez d'autres sujets, également, le ventre a grossi mais irrégulièrement ; il y a du liquide par places, mais mal collecté ; si on palpe, et c'est difficile parce que le malade résiste, on perçoit des gâteaux épais accolés à la paroi, représentant des zones mates séparées par des zones sonores, le « damier », et peut-être ici les troubles et les douleurs sont-ils encore plus accentués ; c'est la *péritonite fibro-caséeuse.*

IV. A côté de ces formes typiques, classiques, que de variétés dans la marche et l'évolution : ici, c'est la poussée aiguë, terrifiante, qui commence puis s'arrête, et la tuberculose chronique secondaire s'installe, lente et progressive désormais ; là c'est la *péritonite chronique d'emblée*, sournoise, qui tout à coup s'éveille, puis la poussée aiguë inquiétante se calme et la marche reprend chronique encore, entrecoupée de nouvelles poussées intermittentes ou régulières, et fatale vers la cachexie et la mort.

V. Que de variétés aussi dans les caractères symptomatiques : ici, l'ascite survient peu à peu, augmente et progresse comme dans *l'ascite des jeunes filles* qui n'est qu'une forme de la bacillose péritonéale ; ailleurs, l'ascite, tôt développée, se résorbe et la tuberculose évolue vers les formes sèches, c'est la *forme fibreuse ascitique* ; là, sans liquide, des néoformations fibreuses enserrent d'emblée les anses intestinales dans une véritable gangue scléreuse, cette cirrhose péritonéale est la *forme fibreuse sèche.*

VI. Variétés nombreuses encore dans le siège et l'étendue : tantôt toute la séreuse est envahie, tantôt les lésions restent limitées à une région déterminée, à deux surtout : le petit bassin chez la femme, *pelvipéritonites tuberculeuses* en rapport avec les bacilloses annexielles ; la région périappendiculaire, *pérityphlite tuberculeuse*, d'étude récente, aujourd'hui bien connue ;

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Le diagnostic posé, une double indication se précise : dans tous les cas, nous sommes en présence d'une lésion tuberculeuse ; dans tous les cas, nous sommes en présence d'une lésion abdominale. Donc le traitement sera double : traitement de la tuberculose, traitement de la lésion abdominale.

Sans traitement, la guérison est possible, surtout dans la forme fibro-ascitique ; elle est rare cependant et le plus grand nombre des malades succombe à cette terrible affection. Des complications nombreuses, occlusion intestinale, perforations intestinales, fistules stercorales, etc., peuvent fournir des indications thérapeutiques particulières, nous ne saurions les aborder ici.

TRAITEMENT. — Si, localement, une intervention particulière s'impose souvent, la nature de la lésion n'appelle pas moins toute l'attention du médecin traitant.

TRAITEMENT DE LA CAUSE. — Il faut avant tout traiter la tuberculose, et donner tous ses soins à la thérapeutique médicamento-hygiénique de cette grave infection. Tout sera mis en œuvre pour relever l'état général, remonter l'organisme et permettre la lutte efficace contre le bacille. Une attention toute particulière sera apportée à l'**alimentation** dont la part dans le traitement de la tuberculose est toujours si importante, en raison de la susceptibilité particulière de l'intestin déjà touché ; c'est là de l'histoire générale de la tuberculose.

TRAITEMENT DE LA LÉSION ABDOMINALE. — A priori, on ne peut user, semble-t-il, que de procédés palliatifs ou d'une thérapeutique symptomatique, les petits moyens. C'est une erreur. Sans doute, on ne peut enlever le péritoine malade, mais il existe d'autres ressources efficaces, les grands moyens, et la tuberculose péritonéale est une affection aujourd'hui chirurgicale.

A. Les petits moyens. — Les pointes de feu sur l'abdomen comme révulsif ; l'application de couches de collodion pour diminuer le ballonnement ; les suppositoires au naphtol camphré, etc., sont des moyens utiles, qui méritent de ne pas être délaissés ; associés au traitement général de la tuberculose et à la médication symptomatique anti-thermique, anti-sudorale, laxative ou anti-laxative, etc., ils constituent la seule thérapeutique possible chez les malades atteints de graves lésions pulmonaires, ou qui refusent une intervention active, ou chez qui existent des contre-indications d'ordre général d'un traitement sanglant direct.

B. Les grands moyens. — On peut les ramener à un seul : la **laparotomie**. Comment la laparotomie peut-elle agir sur les lésions tuberculeuses du péritoine ? C'est discutable et discuté ; mais son action n'est pas douteuse, le hasard l'a démontrée ; elle n'est plus mise en doute par personne aujourd'hui. Cette action s'exerce mieux dans les formes ascitiques que les formes sèches, mieux dans les formes caséeuses que les formes fibreuses, mieux dans les formes chroniques que les formes aiguës. C'est à la laparotomie simple qu'il faut recourir ; son but n'est pas de donner accès sur les lésions tuberculeuses pour les traiter directement ; elle consiste seulement à ouvrir le ventre et à le refermer.

Technique de la laparotomie. — Sur la ligne médiane, faites sous l'ombilic une incision cutanée de dix à quinze centimètres, sectionnez l'aponévrose, écartez les droits, et allez doucement, en faisant l'hémostase au fur et à mesure. **La paroi saigne plus ici que dans la plupart des laparotomies.** Incisez la gaine des droits en arrière, et le péritoine.

S'il y a beaucoup d'ascite, cela va bien, vous sentez

parfois avec facilité qu'en dessous du péritoine un peu épais et infiltré, la cavité péritonéale est libre et rien n'est plus simple que d'y pénétrer.

Si, au contraire, vous avez affaire à une forme caséeuse, ou ulcéreuse, ou sèche quelconque, méfiez-vous; l'ouverture du péritoine peut présenter des difficultés et des dangers. A partir des droits et au-dessous d'eux, vous tombez dans un tissu infiltré, lardacé et d'autant plus épais que vous pénétrez davantage. Vous croyez être près de l'intestin et vous avez encore un centimètre de tissus à traverser avant d'arriver à la cavité du péritoine ; cela n'est rien, mais il arrive aussi que vous vous trouvez dans l'intestin au moment où vous vous y attendez le moins, et c'est plus grave. Les anses, l'épiploon, le péritoine pariétal ne forment souvent qu'un magma, la soudure des tissus est parfaite. La difficulté n'est pas insurmontable, ce n'est même pas difficile quand on est prévenu. Avant de chercher à ouvrir le péritoine cherchez un point franchement mat, tâchez de trouver une poche liquide, ascite ou pus. L'absence certaine de toute collection liquide rend du reste la laparotomie discutable. Quand vous arrivez près de la cavité, ne craignez pas de décoller un peu avec le doigt en haut et en bas, et aussi latéralement, s'il le faut, pour trouver une portion mince de péritoine où il n'y aura pas de doute ; **évitez d'ouvrir dans un gâteau.** Si vous ne pouvez pas sortir du gâteau, **cherchez-y des plans de clivage.** On trouve très bien avec le doigt un peu exercé ce plan de clivage utile. Dans les cas les plus compliqués, dans les formes ulcéro-caséeuses sans traces d'ascite, on trouve ordinairement au-dessous de l'épaisse couche du péritoine pariétal infiltré une autre couche identique que le doigt arrive à en séparer et qui est absolument accolée à elle ; la comparaison suivante est triviale, mais elle nous paraît entièrement juste : la sensation est celle qu'on éprouverait en incisant des crêpes empilées dans une assiette ; la première traversée, on entre directement dans la seconde, il s'agit seulement de trouver entre elles le plan de clivage et de les bien séparer. Ordinairement, la seconde, c'est l'épiploon, vous en êtes certain quand, après décollement, vous constatez que la surface, bien que tomenteuse, est généralement unie. Vous pouvez l'inciser aussi, c'est plus dangereux et peu recommandable, et en dessous, vous retrouvez de nouveau une surface semblable, un nouvel espace décollable; seulement, après décollement, vous constatez que la nouvelle surface est vallonnée, c'est le bloc des anses intestinales. Ici les décollements deviennent dangereux ; tentés avec prudence, ils vous permettent ordinairement d'évacuer quelques poches ascitiques ou purulentes, ce qui peut être avantageux ; ils menacent l'intégrité d'un intestin friable, ce qui est un écueil ; il vaut mieux n'y point recourir.

En général, les choses se passent simplement et facilement, d'autant plus que la laparotomie est bien moins indiquée dans les formes sans ascite que dans les autres. Le péritoine ouvert, vous évacuez l'ascite, vous laissez l'air et la lumière pénétrer un moment dans le péritoine malade et, sans tenter d'inutiles explorations ou des décollements inutiles qui peuvent faire saigner, vous refermez le ventre tout simplement. Oui, **évitez de faire saigner**, vous êtes ici en tissu friable ; ce n'est rien de couper une carotide et de la lier, c'est chose difficile d'arrêter une hémorragie en nappe qui suinte de partout et de nulle part dans des tissus que, sans danger d'occlusion, vous ne pouvez pas tamponner.

Et puis refermez. **Pas de lavages du péritoine, pas d'applications de topiques, d'insufflation de poudres, de curage ou de grattage des lésions, de dissection de fausses membranes, pas de drainage non plus,** les meilleures de ces pratiques sont inutiles.

Cas particuliers — En général, on s'abstient de manœuvres intra-abdominales. Cependant, celles-ci peuvent être indiquées exceptionnellement.

C'est le cas lorsqu'un point de départ précis est la cause de l'infection péritonéale. Par exemple, une trompe malade, tuberculeuse, a infecté le péritoine, la tuberculose rayonne autour d'elle et s'étend. N'hésitez pas, **enlevez la trompe malade** et la rétrocession des phénomènes péritonéaux sera rapide.

La laparotomie est aujourd'hui la meilleure pratique thérapeutique. Le hasard qui, depuis Spencer Wells, fait de cette thérapeutique une thérapeutique chirurgicale, a considérablement amélioré le pronostic de cette redoutable affection.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 23 Juin 1905 *(suite)*

Présidence de M. Surmont, président.

Opération césarienne dans un cas de cyphose dorso-lombaire

M. **Oui** lit, au nom de M. **Brassart**, une observation qui est *reproduite in extenso* dans ce numéro.

M. **Oui**. — Je crois que notre collègue Brassart a eu absolument raison de pratiquer l'opération césarienne ; mais les raisons qu'il a données de sa détermination ne sont pas celles qui m'y auraient amené. Pour moi, le motif principal pour écarter la symphyséotomie, dans ce cas, c'est l'existence d'une suppuration à la partie supérieure du fémur. J'aurais craint de voir un foyer suppurant aussi rapproché infecter la plaie symphysienne. En ce qui concerne le choix entre une césarienne conservatrice et une

opération de Porro, j'aurais plutôt penché pour cette dernière, non pas qu'il y eût une indication absolue ; mais parce que je crois qu'il n'y avait aucun intérêt à exposer à une nouvelle grossesse, une femme ayant d'importantes lésions tuberculeuses.

Note sur un cas de pyélonéphrite gravidique à bacille d'Eberth par

M. **Dehon** rapporte l'histoire d'une femme enceinte de cinq mois, qui, le 10 janvier, vers le vingtième jour d'une dothiénentérie à évolution normale, ressentit brusquement, dans le flanc droit, une douleur extrêmement vive. La crise paroxystique se prolongea pendant une demi-heure et ne disparut que pour faire place à une sensation d'endolorissement profond, dont le maximum était au niveau du cœcum. Il n'y eut pas d'hyperpyrexie, du fait de cet épiphénomène ; pas de vomissements. Dans la nuit suivante, survinrent des troubles de la miction : besoins fréquents et impérieux d'uriner ; épreintes douloureuses pendant et après les émissions. Les urines de la journée suivante, recueillies dans des verres séparés, au fur et à mesure des émissions, étaient troubles en masse, même après précipitation spontanée du dépôt assez volumineux. Ces urines ne purent malheureusement pas être envoyées au laboratoire.

Le 11 janvier, au soir, nouvel accès néphrétique très pénible dont la durée fut sensiblement plus courte que celle de l'accès de la veille.

Par la palpation, on se rendait nettement compte que le rein était un peu gros ; toute la région lombaire était douloureuse.

Dans les heures qui suivirent le second accès, on procéda à la récolte aseptique de l'urine ; on se servit à cet effet d'un flacon stérilisé au four Pasteur à 180 degrés : l'urine fut recueillie directement au sortir du méat, après désinfection minutieuse de la région vulvaire.

Ce qui frappait, d'abord, à l'examen de ces urines, c'est qu'après sédimentation spontanée, elles offraient cet aspect soyeux moiré, que l'on connaît aux cultures de bacille d'Eberth et à celles de bacterium coli, en particulier : ces urines étaient peu albumineuses et le tube d'Esbach accusait moins de 25 centigrammes par litre. L'examen du culot de centrifugation, assez volumineux, montrait l'existence d'un certain nombre de globules de pus et de quelques très rares hématies, de pseudo-cylindres microbiens en assez grandes quantités : il n'y avait pas de cylindres vrais : pas de desquamation épithéliale appréciable. Enfin, on notait l'existence d'un très grand nombre de bacilles mobiles ne prenant pas le Gram.

Pour vérifier l'identité de ces bacilles, on fit, immédiatement, des ensemencements sur bouillon peptonisé et sur gélose tournesolée de Chantemesse ; d'autre part, pendant que les cultures se développaient, on essaya l'agglutination directe, dans l'urine, des microbes observés, sous l'action d'un sérum de cheval immunisé par des cultures de bacille typhique et provenant de l'Institut Pasteur de Lille : l'agglutination des bacilles urinaires fut complète au bout de cinq minutes, dilution au 1/40.

Le même essai d'agglutination fut tenté sur la culture en bouillon peptonisé, obtenue dix-sept heures après ensemencement avec l'urine, une dilution au 1/50 donna une agglutination très intense, au bout de trois minutes.

Restait à savoir si le bacille d'Eberth observé était ou non à l'état de pureté, la gélose tournesolée de Chantemesse renseigna bientôt sur ce point : à aucun moment, il n'y eut production de colonies à réaction acide à la surface du milieu, même après trois semaines de séjour à l'étuve, la recherche de l'indol fut d'ailleurs négative dans les cultures en bouillon, la coagulation du lait ne fut pas obtenue. On était donc bien en présence du bacille d'Eberth, pur, sans association de bacille coli, en particulier.

La décharge bactérienne continua un certain temps encore, malgré l'administration quotidienne d'urotropine, puis d'helmitol. Un nouvel examen microscopique des urines, pratiqué le 17 janvier, montrait encore quelques globules de pus, des pseudo-cylindres bactériens, mais toujours aucun cylindre vrai. Il n'y avait plus, à cette date, que des traces d'albumine.

Enfin, tout rentra dans l'ordre, et, en dehors du bacille d'Eberth, il n'existait plus, le 20 janvier, aucun sédiment anormal dans l'urine de la malade.

D'ailleurs, il ne survint aucune aggravation, ni dans l'évolution de la maladie, ni dans celle de la grossesse et la malade accoucha, à terme, le 12 mai, d'un enfant très bien portant.

Depuis cette époque, les urines furent de nouveau examinées, elles ne contenaient plus aucun élément microbien, plus aucun élément pathologique.

M. **Dehon** insiste sur le peu d'importance des phénomènes cliniques qui ont accompagné l'apparition de cette pyélonéphrite, bien certainement légère, mais qui mérite toutefois cette appellation, à cause de la présence des plus nettes de globules de pus dans l'urine et non pas simplement de leucocytes.

La rareté des observations de pyélonéphrite gravidique, déterminées par le bacille d'Eberth, fait surtout l'intérêt de cette présentation.

M. **Oui**. — Le qualificatif de gravidique, que M. Dehon donne à cette pyélonéphrite ne me paraît pas justifié. Il s'agit, en effet, d'une pyélonéphrite chez une typhique gravide, et la dothiénentérie me paraît, ici, au moins aussi coupable que la grossesse. On peut dire, d'ailleurs, que si la grossesse peut jouer et joue souvent un rôle favorable

dans le développement des pyélonéphrites qui la compliquent, elle ne les crée jamais et c'est pour cela que l'épithète de gravidique est injustifiée.

M. **Dehon** pense au contraire que la grossesse a été la cause favorisante des accidents rénaux.

M. **Carlier** rappelle l'aspect des urines contenant peu de pus, beaucoup de microbes. Il soutient l'opinion de M. Dehon : Sans la grossesse la pyélonéphrite n'eut sans doute pas évolué.

M. **Oui**. — Je ne nie pas du tout que la grossesse favorise l'évolution de la pyélonéphrite par suite de la compression de l'uretère par l'utérus gravide ; mais cela ne suffit pas pour donner à ces pyélonéphrites le nom de gravidiques.

M. **Surmont** cite un détail d'observation intéressant : La malade se plaignant du rein droit, on la coucha sur le côté gauche. C'est alors qu'elle élimina une véritable décharge bactérienne. La compression de l'uretère par l'utérus était indéniable.

M. **Gellé** a observé un cas de pyélonéphrite bactérienne en rapport avec la grossesse.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le lundi 10 juillet ont eu lieu devant un jury composé de MM. les professeurs Baudry, Folet, Carlier, Doumer et Lambret, les épreuves du **concours pour le clinicat ophtalmologique**. Le sujet de la question écrite a été : *Iris et choroïde ; diagnostic et traitement du glaucome aigu ;* celui de l'épreuve orale : *Ophtalmoscope et ophtalmoscopie ;* l'épreuve clinique consista en l'examen d'un malade atteint de *conjonctivite granuleuse avec ulcération de la cornée*. A la suite de ces diverses épreuves, M. le docteur Debève fut proposé pour les fonctions de chef de clinique ophtalmologique à la Faculté.

Nous adressons à M. le docteur Debève nos meilleures félicitations.

— Le 12 juillet 1905, ont eu lieu, à la Faculté de médecine, les **concours pour les prix de fin d'année** dans les deux sections de médecine et de pharmacie.

Section de médecine. — En première année, devant un jury composé de MM. les professeurs Debierre, Gérard (G.) et Le Fort, ont eu lieu les épreuves écrites sur *l'Utérus et ses moyens de fixation*, et l'épreuve pratique sur la dissection du *petit nerf sciatique*. Les candidats ont été présentés dans l'ordre suivant : MM. Pierret, Thibaut, Vanhœche et Vouters.

En seconde année, devant un jury composé de MM. les professeurs Wertheimer, Laguesse et Ingelrans, les candidats ont traité à l'écrit des *fonctions des appareils nerveux extrinsèques du cœur, des ferments digestifs, de l'histologie de la muqueuse gastrique*, et ont eu à reconnaître diverses coupes histologiques. Les résultats ont été la présentation de MM. Gérard, Bricout, Legrand, pour les récompenses.

En troisième année, devant un jury composé de MM. les professeurs Carlier, Dubar, Lambret, ont été traitées par les candidats les questions suivantes : *Kystes congénitaux du cou ; Désarticulation du coude.* MM. Verhaeghe et Gœchlinger ont été présentés pour les récompenses.

En quatrième année, devant un jury composé de MM. Lemoine, Surmont, Bué, ont eu lieu les épreuves écrites sur les *causes et symptômes de l'ascite*, *de la môle hydatiforme* (*symptômes, pronostic et traitement*), les épreuves pratiques, sur l'examen d'un *intestin de typhique* et d'*arthropathie tabétique.* Ont été présentés dans l'ordre : MM. Brasseur, Achille Butruille, Pinchart.

Section de pharmacie. — En première année, devant un jury composé de MM. Doumer, Lescœur, Fockeu, les candidats ont eu à traiter par écrit : les *Phosphates* ; à l'oral : la *Mesure des résistances électriques, les rutacées.* M. Legrand a a été proposé pour le prix.

En deuxième année, devant un jury composé de MM. Gérard (E.), Lambling, Verdun, ont eu lieu les épreuves dont les sujets portaient sur *les Sulfates et persulfates alcalins employés en pharmacie*, à l'écrit ; à l'oral : sur *les Rapports de l'appareil urinaire et de l'appareil génital dans les différentes classes des vertèbrés ; sur l'acétone.* MM. Bruyant et Willay ont été proposés pour des récompenses.

En troisième année, devant un jury composé de MM. Lescœur, Fockeu, Vallée, les candidats ont traité des *Chlorures de fer au point de vue pharmaceutique, préparation, propriétés, essais, pharmacologie*, à l'écrit ; à l'oral on a traité : *Recherche toxicologique de l'oxychlorure de carbone, les myrtacées, coefficient d'altérabilité.* Ont été présentés : MM. Ricquiet, Perret.

— Le **Concours** pour le prix Cazeneuve a eu lieu le 13 juillet devant un jury composé de MM. les professeurs Charmeil, Carrière, Ingelrans. M. Petit, interne des hôpitaux, a présenté, lu et commenté une série d'observations de médecine recueillies dans les divers services, fait l'examen clinique de deux malades de la clinique médicale de Saint-Sauveur, reconnu des coupes anatomo-pathologiques ; il a été présenté pour le prix.

— Parmi les **distinctions honorifiques**, qui ont été décernées à l'occasion du 14 Juillet, nous relevons avec satisfaction celles de M. le professeur Charmeil, comme *officier de l'instruction publique* ; de MM. les docteurs Patoir, professeur-agrégé, Desoil, chef des travaux de micrographie, et de M. Demeure, chef des travaux de physique médicale, comme *officiers d'académie.* Nous adressons à ces collègues, nos sincères félicitations.

— Les docteurs Douillet, du 110e de ligne, à Dunkerque,

Tersen, du 84e de ligne à Avesnes, de Viville, du 145e de ligne à Maubeuge, Jantet, du 8e de ligne à Saint-Omer, ont été nommés *Chevaliers de la Légion d'honneur*. Nous adressons à ces confrères de l'armée nos meilleures félicitations.

Soutenances de Thèses

M. M.-E. Descarpentries, de Lomme (Nord), interne des hôpitaux, aide d'anatomie, lauréat de la Faculté des sciences, de la Faculté de médecine, de la Société centrale de médecine du Nord, a soutenu, avec succès, le lundi 17 juillet, sa thèse de doctorat (n° 52), intitulée : **La veine mastoïdienne, son importance pathologique et chirurgicale.**

— M. J.-M.-J.-A. Rochette, de Pont-Levoy (Loir-et-Cher), a soutenu, avec succès, le samedi 22 juillet, sa thèse de doctorat, n° 38, intitulée : **Rapports des tuberculoses cutanées et particulièrement du lupus disséminé avec la rougeole.**

— M. A.-E.-A. Vasseur, de Savy-Berlette (Pas-de-Calais), externe des hôpitaux, a soutenu, avec succès, le samedi 22 juillet, sa thèse de doctorat, n° 39, intitulée : **Recherches hématologiques sur l'action thérapeutique du Rumex crispus dans quelques cas d'anémie.**

— M. E.-P. Ericson, de Vase (Suède), a soutenu, avec succès, le samedi 22 juillet, sa thèse de doctorat, n° 40, intitulée : **La leucocytose digestive, sa valeur diagnostique.**

Récompenses accordées aux Vaccinateurs pour l'année 1904

Nous sommes heureux de porter à la connaissance de nos lecteurs la liste des récompenses décernées par le **Comité central de Vaccine**, dans sa séance du 21 juillet 1905.

Médaille d'or

M. Vallée, docteur, à Anzin.

Rappels de médaille d'or

M. Tison, médecin, à Avesnes-lez-Aubert ; Mme Roussel, sage-femme, à Douai.

Médailles de vermeil (1re classe)

M. Sutter, docteur, à Glageon ; Mme Sorlin, sage-femme, à Hautmont ; Mme Monfroy, sage-femme, à Le Cateau ; M. Delhaye, médecin, à Solesmes ; M. Pollet, docteur, à Douai ; M. Tanche, médecin, à Armbouts-Cappel ; M. Letailleur, docteur, à Renescure ; M. Tauchon, docteur, à Valenciennes ; Mme Desplanques, sage-femme, à Tourcoing ; Mme Martin, sage-femme, à Lille ; M. Jacqmarcq, docteur, à Loos.

Médailles de vermeil (2e classe)

M. Debouzy, docteur, à Wignehies ; M. Carret, docteur, à Hautmont ; M. Pluvinage, médecin, à Marcoing ; M. Houriez, docteur à Lallaing ; M. Laden, docteur, à Marchiennes ; M. Ryckelynck, médecin, à Rosendaël ; M. Heem, docteur, à Cassel ; Mme Lefebvre, sage-femme, à Mortagne ; M. Klein, médecin, à Wahagnies ; Mme Cau, sage-femme, à Roubaix ; Mme Nonbalez, sage-femme, à Lille ; Mme Delahousse, sage-femme, à Tourcoing ; M. Wartel, docteur, à Lys-les-Lannoy.

Rappels de médailles de vermeil (1re et 2e classe)

M. Wartel, médecin, à Nomain ; M. Wemaere, docteur, à Wormhoudt ; M. Pascalin, docteur, à St-Pol-sur-Mer ; M. Vansteenberghe, docteur, à Lille ; Mme Gallet, sage-femme, à Lille ; M. Gosselet, docteur, à Lille ; M. Bernard, docteur, à Roubaix ; M. Coubronne, docteur, à Hem.

Médailles d'argent (1re classe)

Mme Denis, sage-femme, à Maubeuge ; M. Frère, docteur, à Le Quesnoy ; Lecocq, docteur, à Villers-sire-Nicole ; Mme Foucart, sage-femme, à Maubeuge ; M. Leblanc, docteur, à Cartignies ; Mme Marlière, sage-femme, à Cambrai ; M. Renard, docteur, à Viesly ; Mme Wattremez, sage femme, à Le Cateau ; Mme Catherine, sage-femme, à Caudry ; Mme Goubet, sage-femme, à Iwuy ; Mme Landat, sage-femme, à Sin-le-Noble ; M. Thiéry, docteur, à Orchies ; M. Vallée, médecin, à Pecquencourt ; M. Monteuuis, docteur, à Dunkerque ; M. Nevejan, docteur, à Ghyvelde ; M. Ruyssen, docteur, à Dunkerque ; M. Vasseur, médecin, à Arnèke ; Mme Bouillon, sage-femme, à St-Amand ; Mme Wilbaux, sage-femme, à Bruay ; Mme Férecq, sage-femme, à Raismes ; Mme Frappart, sage-femme, à Quarouble ; M. Pierchon, docteur, à Halluin ; M. Hennart, docteur, à Neuville-en-Ferrain ; M. Lemaire, docteur, à Comines ; M. Dancourt, docteur, à Cambrai ; M. Bôle, docteur, à Roubaix ; Mme Capron, sage-femme, à Lille ; Mme Planque, sage-femme, à Armentières ; Mme Denal, sage-femme, à Lille ; Mme Dubre.que, sage-femme, à Tourcoing.

Rappels de médaille d'argent (1re classe)

M. Piot, docteur, à Hautmont ; M. Longueval, docteur, à Watten ; Mme Cools, sage-femme, à Lille ; M. Chuffart, docteur, à Marquette ; M. Dupré, docteur, à Wattrelos ; M. Deroubaix, docteur à Fretin.

Médailles d'argent (2e classe)

M. Bourbon, docteur, à Wignehies ; M. Carpentier, docteur, à Bavai ; Mme Gary, sage-femme, à Fourmies ; Mme Lalande, sage-femme, à Maubeuge ; M. Vandermersch, docteur, à Landrecies ; M. Lemaire, docteur, à Prisches ; M. Martin, docteur, à Sains-du-Nord ; Mme Durant, sage-femme, à Poix-du Nord ; M. Banteignie, docteur, à Berlaimont ; Mme Gontier, sage-femme, à Trélon ; Mme Lecerf, sage-femme, à Avesnes-lez-Aubert ; Mme Brulant, sage-femme, à Saulzoir ; Mme Machu, à Fontaine-au-Pire ; M. Libert, docteur, à Walincourt ; M. Lengrand, médecin, à Vertain ; Mme Muguet, sage-femme, à Paillencourt ; Mme Honoré, sage-femme, à Abancourt ; Mme Maillard, sage-femme, à Waziers ; Mlle Warnier, sage-femme, à Aniche ; M. Blanquart, médecin, à Flers ; Mme Gumez, sage-femme, à Dechy ; Mme Delahaye, sage-femme, à Gravelines ; M. Vanhersecke, docteur, à Zeggers Cappel ; M. Sansœn, docteur, à Hondschoote ; M. Geeraert, docteur, à Malo-les-Bains ; M. Degroote, docteur à Steenvoorde ; M. Brunet, docteur, à Steenbecque ; Mme Lannoy, sage-femme, à Hasnon ; Mme Deneulin, sage-femme, à St-Amand ; M. Hornez, docteur, à Crespin ; M. Gosse, docteur, à Vieux Condé ; Mme Termy, sage-femme, à Escaudain ; M Plouvier, docteur, à Artres ; M. Mahieu, docteur, à Halluin ; Mlle Cœugniet, sage-femme, à Lille ; Mme Ghesquier, sage-femme, à Lille ; Mme Crémer, sage-femme, à Lille ; M. Montaigne, docteur, à Annœullin ; M. Delespierre, docteur à Wambrechies ; M. Martin, docteur à Lambersart ; M. Lesne, docteur, à Loos ; Mme Amphimaque, sage-femme, à Roubaix ;

M. Delbecq, docteur à Linselles ; Mme Lanctin, sage-femme, à Tourcoing ; Mme Debuck, sage-femme, à Roubaix ; Mme Leclerc, sage-femme à Lille ; M. Demay, docteur, à Seclin.

Rappels de médaille d'argent (2e classe)

M. Hérin, docteur, à Monchecourt ; M. Daubresse, docteur, à Carvin (Pas-de-Calais) (1).

Médailles de bronze

M. Vaille, docteur, à Englefontaine ; Mme Smart, sage-femme, à Avesnes ; Mme Goffard, sage-femme, à Landrecies ; M. Ficbaux, docteur, à Sars-Poteries ; Mme Bressy, sage femme, à Maroilles ; M. Cathelotte, docteur, à Pont-sur-Sambre ; M. Ringuet, docteur, à Trélon ; Mlle Loup, sage-femme, à Trélon ; M. Jacquemard, docteur, à Bavai ; M. Drouin, docteur, à Maubeuge ; M. Méresse, docteur, à Quévy ; M. Manesse, docteur, à Bertry ; M. Béra, docteur, à Villers-Outréaux ; M. Brunel, docteur, à Gouzeaucourt ; M. Tison, docteur, à Neuvilly ; Mme Dufresnoy, sage-femme, à Crèvecœur ; M. Richard, docteur, à Havrincourt (Pas-de-Calais) (2) ; Mme Goulois, sage-femme, à Clary ; Mme Cambray, sage-femme, à Aniche ; Mme Bourez, sage-femme, à Somain ; Mme Dubus, sage-femme, à Marchiennes ; Mme Denimal, sage-femme, à Somain ; M. Roquet, docteur, à Marchiennes ; Mme Delpierre, sage-femme, à Dunkerque ; Mlle Plessiet, sage-femme, à Dunkerque ; M. Gantois, docteur, à Watten ; Mlle Fournier, sage femme, à Grand-Fort-Philipe ; M. Menier, docteur, à Coudekerque-Branche ; Mme Conrath, sage-femme, à Bergues ; M. Sys, docteur, à Loon-Plage ; M. Vanuxem, docteur, à Nieppe ; M. Legillon, docteur, à Hazebrouck ; Mme Boucherie, sage-femme, à Nieppe ; M. Savage, médecin, à Godewaersvelde ; M. Decouvelaere, docteur, à Hazebrouck ; M. Dubois, docteur, à Hergnies ; M. Houzé, docteur, à Douchy ; Mme Mercier, sage-femme, à St-Saulve ; Mme Algrain, sage-femme, à Haulchin ; Mme Hernequet, sage-femme, à Douchy ; Mlle Bécourt, sage-femme, à Roubaix ; M. Galissot, docteur, à Roncq ; Mme Decottignies, sage-femme, à Roncq ; M. Duray, docteur, à Marcq-en-Barœul ; M. Detroy, médecin, à Flers ; Mlle Guilbert, sage-femme, à La Bassée ; M. Delcroix, docteur, à Annœulin ; Mme Swift, sage-femme, à Lille ; M. Dupretz, docteur, à Gondecourt ; M. Lamotte, docteur, à Willems ; M. Baroux, docteur, à Armentières ; Mme Stienne, sage-femme, à Lille ; Mme Petit, sage-femme, à Lille ; M. Tribou, médecin, à Leers ; M. Richard, docteur, à Lille, 46, rue de la Barre ; Mme Hellin, sage-femme, à Tourcoing ; M. Bigo, docteur, à Haubourdin ; Mme Destombes, sage-femme, à Tourcoing ; M. Durasnel, docteur, à Bondues ; M. Desconseillez, docteur, à Chéreng.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Ont été promus *Commandeur* : MM. les docteurs Friocourt, directeur du service de santé de la marine ; Annequin, médecin-inspecteur de l'armée de terre ; *Officiers* : MM. les docteurs Abelin, médecin en chef ; Geay de Couvalette, médecin principal de l'armée de mer ; *Chevaliers* : MM. les docteurs Titi, Hervé, Bonnefoy, Palasne de Champeaux, Glérant, Taddei, médecin de 1re classe de la marine, Méjasson, Chapuis, Perret, Gazet, médecin de l'armée territoriale ; Rabel, de Meulan ; Fuzet du Poujet, de Casteljau (Haute-Garonne) ; Pujol et Texier, médecins-majors de 1re classe ; Gaillard, médecin aide-major de 1re classe des troupes coloniales ; Arnaud, Bergasse, Cherpitel, Delporte, Douillet, Galland, Maison, Mitry, Papon, Robelin, Ruotte, Tersen, Vincent, de Virelle, Watrin, médecins-majors de 1re classe ; Barisien, Batut, Chersahi Perigny, Galzin, Jantet, Routier, médecins-majors de 2e classe de l'armée de terre.

Instruction publique. — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs Léon Petit, de Paris ; Arnaud, de Marseille ; Barral, de Lyon ; Beille, de Bordeaux ; Castex, de Rennes ; Charmeil, de Lille ; Condamin, de Lyon ; Debionne, Fournier, d'Amiens ; Fourestié, d'Agen ; Gosselin, de Caen ; Guillemaut, de Louhans ; Laget, de Marseille ; Parigot, de Dijon ; Perriol, de Grenoble ; Puech, de Montpellier ; Rollet, de Lyon ; Verdier, d'Auch ; Brissaud, Gaucher, Gley, Grimbert, Pouchet, Quénu, Reclus, Ribemont Dessaignes, Segond, de Paris. Ont été nommés *Officier d'académie* : MM. les docteurs Allaire, de Nantes ; Barthet, de Narbonne ; Beylot, de Bordeaux ; Bury, de Clermont ; Chanoz, Chatin, de Lyon ; Demeure, Desoil, de Lille ; Frenkel, de Toulouse ; Lacour, d'Epinal ; Lemaire, de Bordeaux ; Lutraud, de Perpignan ; Mally, de Clermont ; Michaud, de Dijon ; Patoir, de Lille ; Ribaut, de Toulouse ; Rouvière, de Montpellier ; Sallé, de Nevers ; Simon, de Reims ; Taty, de Lyon ; Thibault, d'Angers ; Verger, de Bordeaux ; Viault, de Nantes ; Vincent, de Dijon ; Weber, de Nancy ; Ballet, Barth, Duval, Maygrier, Monod, Morestin, Nathanson, Proust, Routier, Tournemire, de Paris.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur Cathelotte, de Pont-sur-Sambre (Nord). Nous adressons à sa famille l'expression de nos sincères condoléances.

(1) Pour vaccinations faites dans les communes de Bauvin et de Provin.

(2) Pour vaccinations faites dans les communes de Cantaing et de Doignies.

N° 446. Neuvième Année. N° 31. Le Numéro : 10 centimes 30 Juillet 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Organisation du service de la vaccine dans le département du Nord (1)

Par le Docteur **M. Oui**

MES CHERS CONFRÈRES,

Dans une circulaire datée du 5 juillet dernier, le Conseil général de l'A. G. a demandé à notre bureau des renseignements sur l'organisation du service de la vaccine dans le département du Nord.

Le Conseil général de l'A. G. nous demande, d'abord, le texte de la délibération du Conseil général du département, relative à l'exécution de l'art. 6 de la loi du 25 février 1902, ainsi que le texte de l'arrêté préfectoral pris en vertu de cette délibération et tendant à l'organisation du service de la vaccine et nous prie d'y joindre les renseignements suivants :

1° Quelles modifications ont été ainsi apportées aux services, tant départementaux que municipaux, au point de vue des conditions du personnel chargé du service de la vaccine et au point de vue du montant et de la répartition des crédits?

2° Quels émoluments reçoivent actuellement les médecins vaccinateurs par séance, pour déplacement ou par vaccination effectuée ?

3° Quelles garanties ont été prises pour laisser aux particuliers le libre choix du vaccinateur ?

4° Quelles mesures de contrôle ont été prises pour certifier le succès de l'opération vaccinale et assurer la pureté de l'efficacité du vaccin choisi ?

Notre bureau m'a fait l'honneur de me désigner pour vous présenter un rapport sur ces différentes questions. En acceptant cette tâche, je n'ai pas pu me dissimuler que le peu de temps qui m'était accordé ne me permettrait pas d'être aussi complet que je l'aurais désiré. Je n'ai pu, en effet, me procurer tous les renseignements qui m'eussent été nécessaires. Je compte que, au cours de la discussion, certains d'entre vous pourront combler les lacunes de ce travail.

Vous n'ignorez pas que la loi du 15 février 1902 dispose, en son art. 6, que la vaccination anti-variolique est obligatoire dans la première année de

(1) Rapport présenté le 23 juillet 1905, à l'assemblée générale de l'Association de prévoyance et de secours mutuels tenue à Valenciennes.

l'existence, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt-et-unième années.

Le règlement d'administration publique (décret du 27 juillet 1903) sur la vaccination et la revaccination, la circulaire ministérielle du 7 août 1903, des arrêtés ministériels en date du 28 mars et du 30 mars 1904, ont réglé l'application de la loi et posé un certain nombre de principes qui intéressent particulièrement le corps médical et que je prends la liberté de vous rappeler aussi brièvement que possible.

Dans chaque département, le préfet nomme les médecins, sages-femmes et autres agents du service de la vaccine (art. 2 du décret du 27 juillet 1903).

Le Conseil général se prononce sur la création de circonscriptions vaccinales, sur le nombre et la répartition des séances gratuites, sur le mode de rémunération des médecins vaccinateurs, sur l'approvisionnement des praticiens en vaccin, etc. (Circulaire ministérielle du 7 août 1903).

Dans chaque commune les séances de vaccination gratuite et les séances de révision des résultats de ces opérations sont énoncées par voie d'affiches indiquant le lieu et la date de ces séances et rappelant les obligations légales des parents ou tuteurs et les pénalités qu'ils encourent.

Les parents ou tuteurs sont tenus d'envoyer leurs enfants aux séances de vaccination, de les soumettre à la constatation des résultats de cette opération au cours de la séance de révision. Toutefois, ils sont libres de satisfaire à leur obligation en déposant à la mairie un certificat constatant la vaccination ou la revaccination de leurs enfants avec la date et le résultat de ces opérations, délivré par le médecin ou la sage-femme qui les aura pratiquées. (Décret du 27 juillet 1904, art. 4).

La circulaire ministérielle du 7 août 1903 commente ainsi le décret : « En rendant la vaccination obligatoire, la loi n'a nullement entendu la rendre exclusivement tributaire de l'autorité publique. C'est seulement à défaut de l'initiative individuelle ou de la participation normale du corps médical dans la pratique des vaccinations et des revaccinations que l'administration a le devoir de procurer gratuitement et périodiquement aux familles les ressources nécessaires à ces opérations. »

« Lorsque les enfants ou adultes auront été régulièrement vaccinés ou revaccinés aux époques fixées par la loi, il leur suffira d'en justifier, ainsi qu'il est dit au paragraphe 3 *in fine* de l'art. 4, par le dépôt d'un certificat ».

« La réglementation nouvelle... laisse les intéressés entièrement libre du choix des opérateurs et du moment le plus favorable, dans la limite des époques correspondant aux trois périodes d'âge fixées ; elle met à la disposition des familles, qui ne pourraient y satisfaire autrement, des séances de vaccination gratuites présentant toutes garanties d'efficacité. »

Enfin, la même circulaire ministérielle ajoute, en ce qui concerne les vaccinations non obligatoires, les considérations suivantes :

« Le législateur n'a voulu intervenir que dans la mesure strictement justifiée par la protection des mineurs contre les dangers de l'ignorance ou des préjugés; plus tard, il appartient aux intéressés eux-mêmes, instruits par les opérations déjà subies, d'en prolonger ou d'en renouveler les effets salutaires, mais il convient en toutes circonstances, et notamment en cas d'épidémie, de le leur rappeler. Les séances gratuites devront leur être largement ouvertes ; les affiches annonçant ces réunions devront toujours contenir à leur égard des recommandations spéciales les engageant à profiter de l'occasion qui leur est offerte, avec d'autant plus d'instance que leur âge les éloigne davantage de la dernière opération subie. Ces personnes formeront une catégorie, en quelque sorte facultative, dont il est indispensable de tenir compte dans la nouvelle organisation. Des instructions devront en outre être données aux municipalités en même temps qu'aux vaccinateurs pour que les opérations ainsi effectuées soient régulièrement relatées dans un état spécial. »

Tels sont les principes établis par les documents émanant du ministère de l'intérieur (je ne parle ici que de ce qui touche aux intérêts professionnels).

Je vais, maintenant, examiner l'application qui en a été faite dans notre département et quelles en ont été les conséquences, en répondant à chacune des questions posées par le bureau de l'A. G.

Dans sa séance du 25 août 1904, le Conseil général a adopté, en ce qui concerne l'organisation du service de la vaccine, les propositions suivantes faites par M. le Préfet du Nord :

1° En ce qui concerne la division du département en circonscriptions vaccinales, le service de la vaccination est attribué aux médecins chargés de l'assistance médicale gratuite ;

2° Le mode de rétribution adopté est la rétribution par abonnement, calculée sur la base de 3 fr. par 100 habitants de population. (Le mode et le taux de cette rétribution ont été proposés sur l'avis du conseil départemental d'hygiène) ;

3° Les séances de vaccination auront lieu deux fois par an, suivies, à huit jours d'intervalle, de séances de révision. Ces séances seront annoncées par affiches ;

4° Les approvisionnements de vaccin seront faits, comme précédemment, par l'Institut Pasteur de Lille.

Enfin, le Conseil général a voté, au budget de 1905, une somme de 56.000 francs pour le service de la vaccine.

Un arrêté de M. le Préfet du Nord, en date du 31 décembre 1904, accompagné d'instructions à MM. les Sous-Préfets et Maires du département, a rendu applicables à tout le département les mesures édictées par le décret du 27 juillet 1903 et par le vote du Conseil général.

Je ne puis reproduire, ici, les 22 articles de cet arrêté. Je me contenterai d'indiquer, au fur et à mesure que cela sera nécessaire, ceux qui ont trait aux questions qui nous sont posées par le bureau de l'A. G.

Première question. — Quelles modifications ont été apportées aux services tant départementaux que municipaux, au point de vue des conditions du personnel chargé du service de la vaccine et au point de vue du montant et de la répartition des crédits ?

C'est sur cette première question qu'il m'est le plus difficile de vous renseigner d'une façon complète.

Jusqu'en 1904, je ne crois pas qu'il ait existé dans le département, en dehors des médecins des écoles, aucun médecin chargé officiellement, soit par une municipalité, soit par l'administration préfectorale, de procéder régulièrement à des vaccinations gratuites. L'arrêté préfectoral du 17 mars 1858 qui régissait le service de la vaccine, avait, simplement, mis à la charge des communes une prime de 0 fr. 30 qui devait être payée aux médecins et sages-femmes pour chaque vaccination faite gratuitement et avec succès.

En fait, si quelques communes payaient cette prime, un certain nombre s'en dispensaient et les vaccinateurs ne voyaient souvent leurs services reconnus que par les médailles attribuées annuellement par l'administration préfectorale sur proposition du Comité central de vaccine.

Tous les médecins devaient donc participer, proportionnellement aux opérations par eux effectuées, à la répartion des crédits prévus aux budgets communaux pour les vaccinations gratuites.

A l'heure actuelle, les confrères chargés du service de l'assistance médicale gratuite seront seuls rémunérés par le budget départemental.

En ce qui concerne les modifications apportées au montant des crédits affectés au service de la vaccine, il est beaucoup plus difficile de répondre de façon précise, car nous ne connaissons pas le chiffre total des crédits précédemment inscrits aux budgets communaux.

Nous ne pouvons donc faire qu'un calcul très approximatif.

Si on excepte les années 1902-1903, pendant lesquelles l'épidémie de variole a fait augmenter dans des proportions considérables le nombre des opérations vaccinales, on constate que, pendant ces dernières années, le chiffre de vaccinations et des revaccinations susceptibles d'être rémunérées par la prime de 0.30 centimes a été, en 1904, de 41.334, ce qui, à 0.30 centimes par opération, donnerait une somme annuelle de 12.400 francs.

Ce chiffre est, d'ailleurs, probablement trop fort, car, ainsi que je l'ai déjà dit, certaines communes se dispensaient de toute rémunération et, de plus, l'année 1904 est, si on met à part les années de grosses épidémies, l'une de celles qui a donné le chiffre le plus élevé d'opérations vaccinales.

A l'heure actuelle, un crédit de 56.000 fr. est prévu au budget départemental, crédit qui sera certainement distribué complètement, puisque la rémunération est basée sur le système de l'abonnement.

Si nous comparons ces deux chiffres, nous constatons que le crédit actuel est de beaucoup plus élevé que les crédits anciens mais, avec la nouvelle organition, il sera réparti sur un plus grand nombre de têtes (400 environ au lieu de 200).

Deuxième question. — Quels émoluments reçoivent actuellement les vaccinateurs par séance, pour déplacements ou par vaccination effectuée ?

Comme je vous l'ai dit plus haut, le système adopté par le Conseil général est le système de l'abonnement sur la base de 3 fr. par 100 habitants. La somme touchée annuellement par chaque vaccinateur, variera donc avec la population de la circonscription dont il est chargé.

J'ai cherché à me rendre compte du taux auquel reviendrait approximativement chaque opération vaccinale.

Il y a, dans le département, environ 48.000 naissances et, en ces dernières années, environ 50 °/₀ des enfants ont été vaccinés gratuitement, soit 24.000 par an. On peut, d'autre part, admettre que 25 °/₀ des enfants meurent avant l'âge de 10 ans, et environ 8 °/₀ de 10 à vingt ans.

Si on admet que la proportion des revaccinations gratuites sera la même que celle des vaccinations, on obtient le résultat suivant :

Dans la onzième année : 18.000 revaccinations ;
Dans la vingt-et-unième année : 16.000 id.

soit, pour l'ensemble des vaccinations et revaccinations annuelles faites gratuitement : 58.000 opérations.

La somme de 56.000 francs répartie entre les vaccinateurs pour 58.000 opérations ferait ressortir la rémunération de l'opération et de la révision des résultats à 0.95 centimes.

Troisième question. — Quelles garanties ont été prises pour laisser aux particuliers le libre choix du vaccinateur ?

Le paragraphe 3 de l'art. 4 de l'arrêté préfectoral du 31 décembre 1904 répond à cette question.

« Les parents ou tuteurs sont tenus d'envoyer les enfants aux séances de vaccination, de les soumettre à l'opération vaccinale et à la constatation des résultats de cette opération au cours de la séance de révision. Toutefois, ils sont libres de satisfaire à leur obligation en déposant à la Mairie un certificat constatant la vaccination et la revaccination de leurs enfants avec la date et le résultat de ces opérations, délivré par le médecin ou par la sage-femme qui les aura pratiquées. Tout médecin patenté ou sage-femme a qualité pour délivrer ce certificat. »

Le libre choix du vaccinateur est, ainsi, assuré à chacun.

Quatrième question. — Quelles mesures de contrôle ont été prises pour certifier le succès de l'opération vaccinale et assurer la pureté et l'efficacité du vaccin choisi ?

En ce qui concerne les vaccinations gratuites, le contrôle est assuré par le paragraphe 4 de l'art. 3 de l'arrêté préfectoral, ainsi conçu : « Huit jours après les séances de vaccinations, les vaccinateurs tiendront dans chaque commune, une séance de révision des résultats de leurs opérations vaccinales. »

En ce qui concerne les vaccinations particulières, chacun de nous est le propre contrôleur de ses opérations et en indique le résultat sur son certificat.

Les mesures prises pour assurer l'efficacité et la pureté du vaccin choisi sont celles indiquées par l'arrêté ministériel du 28 mars 1904.

Le vaccin employé pour les vaccinations gratuites provient de l'Office vaccinogène annexé à l'Institut Pasteur de Lille (art. 18 de l'arrêté préfectoral).

Cet Office vaccinogène est placé sous le contrôle immédiat du Conseil d'hygiène départemental et sous le contrôle supérieur de l'Académie de Médecine. Le contrôle du Conseil départemental s'exerce par l'entremise d'une commission spéciale de trois membres (deux médecins et un vétérinaire) nommée sur la présentation du Conseil, en exécution de l'arrêté ministériel du 28 mars 1904.

J'ai terminé et je crois avoir répondu aussi complètement que possible aux questions qui nous ont été posées. Ce rapport, basé sur des documents officiels n'est guère, vous le voyez, qu'un résumé de ces documents et un exposé des faits.

Vous n'y avez trouvé aucune discussion au sujet de l'application de l'art. 6 de la loi du 15 février 1902.

J'ai eu deux raisons pour ne pas aborder cette discussion :

La première, c'est qu'il me semble difficile de parler dès aujourd'hui des effets d'une réglementation qui n'a pas encore fonctionné pendant une année.

La seconde raison de ma réserve, c'est que j'ai disposé de trop peu de temps pour me renseigner auprès de vous et pour connaître vos opinions. Ces opinions, vous allez les apporter dans les observations que pourra vous suggérer le rapport que je vous soumets et ainsi, mes chers confrères, vous compléterez les omissions inévitables et vous corrigerez les défectuosités d'un travail que les circonstances m'ont, à mon grand regret, obligé de faire avec quelque hâte et qui se ressent, certainement, de cette précipitation.

Contrôle de la valeur des vaccins jennériens par la numération des éléments virulents

par M. C. Guérin,
chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Lille

Dans un précédent travail (1) nous avons montré : 1°

(1) Prophylaxie de la variole dans les pays chauds, Académie de médecine, Commission de vaccine 1903.

Que la valeur d'un vaccin dépend uniquement du nombre des éléments virulents qu'il contient : 2° Que le lapin est un animal de choix non seulement pour la régénération des vaccins pauvres, mais encore pour la recherche de la valeur spécifique des échantillons vaccinaux.

Sur ces données, nous avons basé une méthode de contrôle des vaccins jennériens, par la numération des éléments virulents sur les champs vaccinaux, chez le lapin.

PRINCIPE DE LA MÉTHODE

Si l'on ensemence suivant le *modus faciendi* que nous avons indiqué (*Annales de l'Institut Pasteur* 1901) la surface dorsale d'un lapin avec une quantité déterminée de pulpe vaccinale de bonne qualité, on obtient une éruption confluente de pustules, intéressant toute la surface ensemencée.

Si l'on ensemence la surface dorsale de lapins de même poids avec des dilutions de plus en plus grandes de cette même quantité de pulpe glycérinée, on obtient. suivant le taux de la dilution, une levée plus ou moins abondante de pustules isolées dont la numération est facile.

APPLICATION DE LA MÉTHODE

Choix des lapins de contrôle. — Il est important de choisir comme lapins de contrôle des animaux d'un poids moyen de 3 kilos, en excellent état d'entretien ; un certain degré d'embonpoint doit être recherché.

La peau, surtout au niveau de la surface dorsale, doit être dépourvue de tout pigment jaune ou noir, et indemne de *nœvis*. Pour la recherche de ces conditions, il suffit à un garçon de laboratoire un peu expérimenté de souffler légèrement avec la bouche, sur la fourrure, au niveau du dos. Le soulèvement des poils, par l'air insufflé, suffit pour se rendre compte de la surface cutanée.

En général ce sont les lapins à pelage gris foncé ou noir qui offrent le champ opératoire le plus favorable.

Étendue du champ vaccinal. — Le lapin fixé à plat ventre, sur une table de contention, est rasé sur toute la surface dorsale en prenant soin de ne pas faire de plaies avec le rasoir. Le champ vaccinal affecte la forme d'un trapèze ; la base postérieure la plus grande correspondant à la ligne antérieure des *iliums*, la base antérieure étant constituée par la ligne des angles postérieurs des *scapulums*.

Entretien des lapins de contrôle. — Les lapins dont les champs vaccinaux sont ensemencés sont placés isolément dans des cages métalliques préalablement désinfectées. La litière de paille est renouvelée tous les jours.

La nouriture se compose de pain, betteraves ou carottes en petite quantité avec un peu de foin sec.

La température de la salle doit être de 16° à 18°.

Evolution des lésions éruptives. — Dès la quarante-huitième heure après l'ensemencement, si la dilution n'est pas trop faible, les pustules se montrent et présentent l'aspect que nous avons décrit (Vaccine expérimentale, *Annales de l'Institut Pasteur* 1901). S'il s'agit d'une dilution étendue, les pustules s'aperçoivent nettement vers la fin du troisième jour.

Dans tous les cas, l'évolution est totale le cinquième jour ; l'évaluation de l'échantillon vaccinal est faite à ce moment.

Les lapins, après cet essai, n'ont rien perdu de leur valeur commerciale et peuvent être consommés impunément, comme les génisses vaccinifères.

PROTOCOLE DES ESSAIS DEVANT SERVIR DE TERMES DE COMPARAISON

Des pustules vaccinales entières sont recueillies sur des génisses présentant toutes les qualités requises quant à l'aspect des récoltes. On s'assure par les divers essais en usage (inoculations à la génisse, au lapin, à l'enfant) que ces qualités sont réelles. Après séjour de dix jours, à basse température, dans leur poids de glycérine stérilisée, ces pustules sont triturées et additionnées une seconde fois de leur poids de glycérine. La proportion totale de cette dernière est donc de deux parties pour une de pulpe vaccinale.

Avec un tel échantillon, on prépare les dilutions suivantes dans l'eau distillée stérilisée :

1 gr. pulpe vaccinale glycérinée	+	10 c. c.	d'eau,	dilution	au 1/10
1 c. c. de cette dilution glycérinée	+	4 c. c.	—	—	au 1/50
1 c. c. —	+	9 c. c.	—	—	au 1/100
1 c. c. de la dilution au 1/100	+	4 c. c.	—	—	au 1/500
1 c. c. —	+	9 c. c.	—	—	au 1/1000

Le champ vaccinal des lapins est ensemencé aussitôt après rasage avec 1 c. c. de chacune de ces dilutions préablement passées à travers une soie très fine.

APPRÉCIATION DES RÉSULTATS

Si l'échantillon de vaccin est d'excellente qualité, l'éruption produite par la dilution au 1/500 est encore absolument confluente. L'éruption déterminée par la dilution au 1/1000 est formée de pustules isolées dont le nombre est de trois ou quatre par centimètre carré de peau ensemencée.

Des dilutions plus étendues ne donnent qu'un nombre trop restreint de pustules pour que des indications plus précises soient tirées de leur emploi.

Mesure de la virulence des échantillons vaccinaux. — Tout échantillon de vaccin, dont une dilution déterminée provoque sur un champ vaccinal de lapin une levée de pustules isolées dont le nombre est de trois à quatre par centimètres carré, a une virulence spécifique réprésentée par le nombre correspondant à cette dilution.

Les nombres exprimant cette valeur sont compris entre 0 et 20.Les termes 0, 5, 10, 15, 20 correspondent aux cinq dilutions qui nous ont servi pour nos essais.

Tout échantillon de vaccin qui n'atteint pas comme valeur le nombre dix, c'est-à-dire dont la dilution à 1/1000 ne provoque pas chez le lapin une éruption de trois à quatre pustules par centimètre carré, est un vaccin de qualité médiocre.

Les vaccins cotés au-dessus de cinq doivent être rejetés.

PRATIQUE DE LA MÉTHODE DE CONTRÔLE

Pour l'évaluation de la valeur spécifique d'un vaccin, il est inutile de procéder à la série complète des essais dont nous venons de relater les résultats.

Il suffit en effet d'examiner comment se comporte sur le lapin l'échantillon vaccinal dilué au 1/100 ou 1/500 et au 1/1000.

Pour ce faire, 0 gr. 10 de pulpe glycérinée à contrôler sont dilués dans 10 grammes d'eau distillée et stérilisée.

On part de cette dilution au 1/100 pour faire celles au 1/500 et au 1/1000.

Par mesure de précaution, on vaccine deux lapins avec chacune de ces dilutions.

Nous rappelons que l'appréciation des résultats se fait le cinquième jour après l'ensemencement.

L'évaluation en chiffres de la valeur spécifique de l'échantillon est donnée d'après ces résultats.

CONCLUSIONS

I. — L'évaluation de la valeur spécifique d'un vaccin, par la numération du nombre des éléments virulents qu'il contient, constitue une méthode de contrôle sûre et précise.

II. — Ce contrôle permet une sélection facile des semences destinées à perpétuer les souches vaccinales.

III. — Il serait à désirer que cette méthode fût adoptée dans les Instituts chargés soit de la préparation, soit de la surveillance des vaccins jennériens.

Cancer ectopique du sein

par le Docteur **René Le Fort**

Rien n'est plus variable que la forme, le volume et le nombre des glandes mammaires. Riolan, frappé de la diversité possible du volume des seins, avait cru devoir les diviser en tétins, tétons et tétasses. Les descriptions de leurs formes variées ne manquent pas dans la littérature. Le nombre et le siège sont un peu moins changeants; pourtant, les mamelles surnuméraires ne sont pas rares; avec un peu de bonne volonté, on en trouve chez un grand nombre de sujets, hommes et femmes, et, récemment, un savant allemand en découvrait chez la Vénus de Milo.

Williams décrit 7 ou 8 paires de mamelles dans la série animale ; une seule doit persister chez l'homme... (et chez la femme), c'est la 4e paire. D'après le même auteur, le cancer du sein ne serait pas rare dans ces glandes surnuméraires ; sur 132 cancers de la mamelle, il en aurait observé 13 en dehors du sein lui-même. Encore faut-il s'entendre :

Avec Pierre Delbet, on peut distinguer trois degrés de mamelles surnuméraires : 1° le mamelon sans mamelle; 2° la mamelle sans mamelon; 3° la mamelle complète. Les néoplasmes sont exceptionnels dans la première et la troisième variété ; ils sont fréquents dans la deuxième, dans les mamelles supplémentaires aberrantes. Seulement, presque toutes les observations se rapportent à des néoplasmes développés au voisinage immédiat de la glande mammaire normale, dans des nodules de tissu mammaire que Martin considère, non sans raison, semble-t-il, comme des lobes aberrants de la glande normale. Ces nodules sont assez voisins de la mamelle pour que les auteurs conseillent de les extirper quand on enlève un cancer du sein. Le fait que nous avons pu observer est un peu différent et se rapporte à un cancer du sein développé à distance de la glande mammaire.

La malade est une femme de 45 ans, d'une belle santé générale, qui n'a aucun passé pathologique intéressant. Elle nous fut amenée par notre excellent confrère et ami le Dr Richard, au mois d'avril, pour une petite tumeur de la région pectoro-axillaire droite dont le début remontait à quelques mois. La malade s'en était aperçue par hasard en faisant sa toilette. Elle ressentait des douleurs assez vives qui la décidèrent à demander une consultation.

Le diagnostic était délicat. Quand je vis la malade pour la première fois, le 8 avril 1905, on sentait, à environ trois travers de doigt de la glande mammaire, au niveau du bord inférieur du pectoral, collée contre les côtes, une petite tumeur difficile à délimiter, profondément enfouie dans les tissus, paraissant arrondie, aplatie, de la dimension d'une petite noix.

La peau glissait librement à sa surface. La malade est grasse et une épaisse couche de graisse sous-cutanée recouvrait le nodule. Il n'y a pas de ganglions dans l'aisselle. L'idée d'un fibrome d'origine costale ou d'un petit enchondrome, à la rigueur même d'un petit abcès froid se

présentait à l'esprit ; une radiographie, faite à la demande de M. le Dr Richard, par notre collègue et ami M. Bédart, n'avait pas donné de résultat bien net. L'examen des organes ne fournit aucune indication, il n'y a rien nulle part. On propose une extirpation de cette petite tumeur ; l'opération est acceptée, et pratiquée le 11 avril 1905, avec l'aide de M. le Dr Richard et de M. Julien, élève des hôpitaux. La peau incisée, le doigt introduit dans la plaie perçoit des sensations nouvelles. La tumeur n'est plus lisse et arrondie, mais donne cette sensation toute particulière et indéfinissable de tumeur mal limitée maligne. Aussi, d'emblée, sans pousser plus loin les décollements, je coupe à distance dans la graisse à droite et à gauche, j'entre dans le bord inférieur du grand pectoral, et j'extirpe le noyau en laissant autour de lui une couche de tissus sains d'au moins deux centimètres. A aucun moment, nous n'avons vu la mamelle qui resta bien loin en dedans et en dessous ; le noyau était bien plus axillaire que pectoral, et, un moment, nous avons eu l'idée d'un ganglion cancéreux. Pourtant, la glande mammaire est absolument saine et, d'autre part, l'absence manifeste de toute coque, de surface limitante, ne cadre guère avec l'hypothèse d'un ganglion cancéreux. La pièce extirpée, il reste une cavité arrondie que nous avons cru prudent de drainer. Bien nous en a pris, du reste, car, malgré un asséchement parfait de la plaie avant les sutures, la malade fait dans la nuit une hémorragie qui traverse son pansement et s'arrête spontanément sans causer aucun trouble. Réunion per primum.

La pièce sectionnée par son milieu présente l'aspect caractéristique du cancer, coupe lisse, blanche, succulente. Les lésions sont très largement bordées de tissus sains dans tous les sens. Le noyau a le volume d'une petite noix.

M. le professeur Curtis a bien voulu faire pour nous l'examen histologique de cette pièce, son diagnostic a été : cancer typique du sein, il ne s'agit pas d'un ganglion.

Revue six semaines plus tard, le 25 mai, la malade accuse des douleurs non plus au niveau de la tumeur extirpée, mais au niveau du sein droit. L'exploration la plus soigneuse du sein ne permet pas de découvrir quoi que ce soit dans la glande, il n'y a rien non plus du côté de l'aisselle, pas de ganglions. Les seins sont très volumineux et pendants, on applique un bandage roulé qui les comprime en les relevant et qui calme les douleurs, mais est difficile à maintenir.

En explorant avec le plus grand soin l'aisselle, on découvre, sur la paroi interne, collée contre les côtes, en arrière du pectoral, une petite tumeur aplatie qui rappelle les caractères de la tumeur extirpée le 11 avril. Est-ce un ganglion ? Je croirais plus volontiers qu'il s'agit encore d'un noyau aberrant, en raison de l'identité des caractères des deux tumeurs.

Revue le 9 juin, la petite grosseur n'a pas augmenté.

Que faire ? Il paraît logique de faire une intervention complète. Malgré l'apparente intégrité actuelle de la glande et des ganglions, il me semble prudent de faire l'ablation totale et d'un bloc du sein, du grand pectoral, de la petite masse, des ganglions et du tissu cellulaire de l'aisselle. La malade montre peu d'enthousiasme pour la réalisation de ce programme. Il est regrettable qu'il n'ait pu être exécuté lors de la première intervention, mais la patiente n'était pas prévenue de la possibilité d'une semblable mutilation. Sans doute on pourrait proposer l'extirpation du noyau quitte à compléter plus tard s'il y avait lieu ; ce serait mal connaître la mentalité de certains sujets (dont celui-ci) qui acceptent difficilement une première intervention, à la grande rigueur une seconde pour une retouche nécessaire, mais jamais ne voudraient entendre parler d'opérations successives, même mis en présence d'une réalité qu'on est bien forcé de leur cacher.

Qu'adviendra-t-il si le noyau augmente et si toute intervention est repoussée ? La glande mammaire sera-t-elle envahie elle-même ? Il serait intéressant de le savoir, et, s'il y a lieu, je compléterai ici cette curieuse observation. Quoi qu'il en soit, le fait d'un cancer du sein développé dans un noyau situé à trois travers de doigt de la glande mammaire m'a paru intéressant à signaler.

Consultations Médico-Chirurgicales

Ongle incarné

Docteur J. Drucbert.

INFORMATIONS CLINIQUES. — **I.** Un homme de quinze à vingt-cinq ans, — il s'agit rarement d'une femme ou d'une personne âgée — se présente à vous, porteur au niveau du bord externe de la dernière phalange du gros orteil d'une petite masse charnue recouvrant la partie latérale de l'ongle. Il avait commencé par éprouver en marchant une légère douleur et remarquait que le bord de l'ongle, souvent un peu trop convexe, comprimait la peau. Celle-ci est devenue rouge et tuméfiée, une petite ulcération s'est produite, donnant lieu à un écoulement purulent et fétide.

II. Après avoir passé par le stade précédent, ce même malade porte une petite ulcération qui est recouverte de bourgeons exubérants, empiète de plus en plus sur l'ongle, sécrète un pus qui se concrète en croûtes épaisses cachant les ulcérations. L'ongle appuyant sur ces tissus enflammés occasionne de vives douleurs pendant la marche ; le port des chaussures ordinaires est devenu impossible.

III. Chez un individu malpropre et peu soigneux, les phénomènes morbides ci-dessus signalés ont fini par gagner toute la racine de l'ongle jusqu'au périoste de la dernière phalange, et il y a un véritable panaris ; l'ongle lui-même devient malade, s'amincit ; le malade est obligé de marcher sur les talons. Rares sont les cas où, la suppuration ayant complètement ébranlé l'ongle, celui-ci tombe spontanément, et les accidents sont conjurés momentanément.

Tels sont les différents aspects sous lesquels se présente l'affection dénommée *ongle incarné.*

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Pour que l'ongle incarné ne se produise point, des précautions

sont à prendre, qui consisteront à empêcher le bord externe de l'ongle de s'enfoncer dans l'épaisseur de la peau, en même temps qu'on combattra la tendance qu'a celle-ci à venir recouvrir l'ongle.

Pour qu'une fois constitué l'ongle incarné ne poursuive pas son évolution profonde, il sera nécessaire de : 1° supprimer la portion d'ongle qui blesse les téguments ; 2° détruire tous les bourgeons charnus et dissiper l'inflammation qui les a produits ; 3° si, par suite de la conformation de l'ongle on craint une récidive, empêcher la reproduction de l'ongle en supprimant en totalité ou en partie sa matrice.

TRAITEMENT.— Ces diverses indications ne peuvent être remplies, tant celles qui relèvent de la prophylaxie que celles qui constituent le traitement curatif, que par des moyens chirurgicaux.

PROPHYLAXIE. — Des ongles épais et très convexes ont une tendance naturelle à pénétrer dans les chairs ; des ongles plats mais petits, implantés sur des orteils volumineux à tissus peu résistants ont tendance à être débordés par la peau : les tailler en rond c'est laisser sur leurs parties latérales un espace où les tissus viendront faire saillie, n'étant pas soutenus par la résistance de l'ongle. Il est donc nécessaire de **couper l'ongle en carré.** Il conviendra, pour les personnes prédisposées, de **se garder de porter des chaussures à extrémité trop étroite et peu souple** qui refoulerait la peau au-dessus de l'ongle.

Les **bains de pied** salés, à l'alun, au tannin, auront un effet utile chez les personnes qui ont des tissus tendres ; en tous cas des **soins de propreté** minutieuse, un peu d'antisepsie seront toujours utiles pour empêcher qu'une inflammation facilite l'incarnation des ongles.

TRAITEMENT CURATIF. — Plusieurs cas sont à envisager suivant le degré d'incarnation des ongles :

a) **L'incarnation est peu prononcée.** — Lorsque l'ongle est peu incarné, qu'il n'y a qu'une petite ulcération suppurant peu, conseillez au malade d'**éviter la marche** et les longues stations debout, insistez pour qu'il prenne deux fois par jour des **bains antiseptiques** au sublimé ou à l'eau phéniquée, qui calmeront l'inflammation et empêcheront le développement des bourgeons charnus.

Vous-même cherchez à corriger l'incarnation par le petit **pansement** suivant : Enduisez l'orteil au sortir du bain d'une couche de vaseline à l'iodoforme et à la cocaïne. Vous insinuez alors une spatule mousse au-dessous de l'ongle en déprimant en dehors le bourrelet qui le recouvre ; quand vous aurez réussi à isoler ainsi le bord externe de l'ongle vous enfoncerez en-dessous de lui des fragments de ouate imbibée de vaseline qui feront un pansement sur l'ulcération et empêcheront l'ongle d'appuyer sur les tissus. Un petit pansement appliqué autour de l'orteil maintiendra le tout. Ce pansement répété plusieurs jours consécutifs et suivi des soins prophylactiques énoncés plus haut suffit à guérir les cas peu avancés.

b. **Bourgeons fongueux recouvrant l'ongle.**— Lorsque des bourgeons fongueux recouvrent l'ongle, on ne réussit que difficilement à déprimer ces bourgeons pour isoler l'ongle des tissus environnants. Mais il y a, à côté du traitement radical et rapide réservé à tout ongle incarné, un traitement palliatif qui peut encore amener la guérison, au prix de soins prolongés seulement.

a) Traitement palliatif. — Le malade refuse un traitement énergique qui le débarrasserait en quelques jours : selon la formule il veut guérir sans opération.

Dans ce cas, vous devez avant tout le condamner au **repos** ; il prendra des bains de pieds antiseptiques fréquents ; dans l'intervalle, il appliquera un **pansement humide** sur l'orteil malade ; la suppuration diminuera rapidement de ce fait.

Ce point obtenu, attaquez-vous aux bourgeons que vous détruirez à la pointe fine du **thermocautère**, ou si le malade est pusillanime par des **cautérisations** répétées à la teinture d'iode, à l'acide azotique, au nitrate acide de mercure, ou à l'acide chromique à un pour dix.

Enfin, quand les bourgeons sont suffisamment maîtrisés, **anesthésiez** l'ongle de l'orteil avec une pulvérisation de chlorure d'éthyle ; introduisez au-dessous de lui la lame de ciseaux assez fins que vous poussez le plus à fond possible vers la matrice ; vous pratiquez alors la section de l'**ongle** et arrachez avec une pince, en la luxant en dehors, la petite bande unguéale ainsi sectionnée. La partie ulcérée mise à nu va pouvoir être désinfectée et, se cicatriser beaucoup plus facilement.

A mesure que l'ongle repoussera vers la partie externe, vous aurez soin de bien l'**isoler** en le soulevant avec des fragments d'ouate insinués au-dessous de lui.

b) Traitement radical. — On n'est à l'abri des récidives que si on empêche la reproduction de l'ongle, ce qui s'obtient en détruisant soit la partie externe, soit toute la matrice de l'ongle.

α. **Ablation de la partie externe de la matrice de l'ongle.** L'orteil ayant été désinfecté, on serre sa base à l'aide d'un lien élastique et l'on **anesthésie** à l'aide de chlorure d'éthyle ou d'une série d'injections de cocaïne disposées en collier autour de l'orteil suivant la méthode de Krogius, à moins que le malade ne préfère être endormi.

Une première incision longitudinale passe en dehors du bourrelet charnu et doit remonter à cinq millimètres au-dessus du repli cutané qui couvre la lunule de l'ongle ; en dedans une incision parallèle et de même longueur

incisera profondément l'ongle, sa matrice et la couche dermique sous-jacente ; deux petites incisions transversales circonscrivent un quadrilatère que l'on isole en le disséquant ; on a de la sorte réséqué en même temps les bourgeons charnus, la partie latérale externe de l'ongle et la partie correspondante de la matrice. Quand la plaie opératoire est cicatrisée, le patient n'a plus que les deux tiers externes de son ongle.

β. **Ablation de toute la matrice de l'ongle**. Ce traitement, plus radical, devient indispensable si l'onyxis est bilatérale. Une forte pince à forcipressure est engagée le plus loin possible au-dessous de l'ongle qu'on arrache en le luxant. Deux incisions latérales longues de deux à trois centimètres circonscrivent un lambeau que l'on isole en le transfixant en arrière et en ramenant la lame vers l'extrémité de l'orteil. En relevant ce lambeau cutané on met complètement à jour le repli formé par la matrice de l'ongle ; les parties sus et sous-unguéales de la matrice sont isolées par deux incisions transversales et réséquées en sectionnant leurs attaches aux parties profondes. Le lambeau taillé est appliqué en sorte qu'il couvre la plus grande étendue possible de la plaie, dont la partie antérieure dénudée, guérira par bourgeonnement.

Ce procédé décrit par Dardignac et qui supprime complètement la matrice de l'ongle met définitivement à l'abri des récidives.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 7 Juillet 1905

Présidence de M. Surmont, président.

Grossesse tubaire

M. **Drucbert**. — J'ai l'honneur de présenter une pièce de grossesse tubaire, intéressante surtout au point de vue de diagnostic que les circonstances rendaient particulièrement difficile.

Il s'agit d'une femme de quarante-trois ans ; comme sa mère et ses sœurs, elle fut réglée relativement tard, à dix-sept ans ; ses règles revenaient tous les vingt-cinq jours, duraient quatre à cinq jours et étaient peu abondantes. La malade n'a jamais fait de perte ; elle a eu trois accouchements à terme, le premier à l'âge de dix-neuf ans, le dernier à trente-deux ans. Cette dernière grossesse fut très pénible, pendant toute sa durée la malade fut incommodée par des douleurs abdominales et une leucorrhée abondante ; l'accouchement fut normal mais compliqué d'une infection assez sérieuse consécutive à de la rétention placentaire.

Depuis cette époque la malade était sujette à des crises de douleurs abdominales, elle avait toujours des pertes blanches, mais elle était toujours bien réglée, sans hémorrhagies.

En janvier dernier les règles n'apparurent pas, mais la malade s'en inquiéta peu, n'éprouvant aucun malaise, quand au bout de trois semaines la malade ressentit subitement une douleur abdominale intense accompagnée de vomissements et d'une hémorrhagie utérine assez abondante.

Le repos au lit, la glace et l'opium amenèrent facilement la sédation de ces phénomènes aigus.

Je vois la malade à la fin de mars ; elle a constaté que son ventre augmentait de volume, elle se plaint de pesanteurs continuelles dans le bas-ventre, de gêne de la miction et de la défécation. Il n'y a plus d'hémorrhagies, les règles n'ont pas reparu.

A l'examen je trouve une masse du volume d'une tête d'enfant, bien arrondie, bombant dans le cul-de-sac latéral gauche et remontant d'autre part à mi-distance du pubis et de l'ombilic. Dans le cul-de sac postérieur on sent un petit noyau de la grosseur d'une noix, ayant une consistance très dure ; par le toucher rectal, on sent qu'il appuie fortement sur l'intestin ; enfin dans le cul-de sac latéral droit, on sent une masse de la grosseur du poing, et très peu mobile. L'hystéromètre ne pénètre qu'à quatre centimètres dans la cavité utérine.

Je fis le diagnostic suivant : Fibromyome de l'utérus ayant évolué insidieusement, développé principalement dans le ligament large gauche, et ayant provoqué en janvier un avortement à sept semaines. La malade accepta l'hystérectomie que je pratiquai le 17 avril.

A l'ouverture de l'abdomen on constate de nombreuses adhérences épiploïques dans le petit bassin, recouvrant une masse considérable de caillots sanguins ; ces caillots enlevés avec des compresses, on aperçoit au niveau de l'isthme de la trompe une déchirure large de deux centimètres qui laisse voir dans la cavité de la trompe une masse cruentée du volume d'un œuf de poule.

Comme il existait en plus au niveau de la paroi postérieure de l'utérus un fibrome pédiculé de la grosseur d'une noix, et dans l'épaisseur même de l'utérus de nombreux fibromes gros comme des pois, je fis, outre l'ablation des annexes gauches, l'hystérectomie abdominale ; un drainage à la Mickulicz fut laissé quatre jours dans le petit bassin et la malade guérit sans complications.

J'insiste sur la difficulté du diagnostic dans ce cas où l'on sentait le fibrome pédiculé dans le cul-de-sac postérieur et où l'utérus refoulé vers la droite paraissait lui-même être un autre fibrome. La masse des caillots provenant de la rupture de la trompe gravide prêtait à confusion avec une masse myomateuse plus molle.

Cancer ectopique du sein

M. **Le Fort** lit une observation dont le compte-rendu est reproduit in extenso dans le présent numéro.

Un cas de rupture extrapéritonéale de la vessie

M. **Dubois**. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un cas de rupture extrapéritonéale de la vessie, survenue chez un homme, qu'en l'absence de mon maître, M. le professeur Carlier, j'ai opéré dans le service de la Clinique des maladies des voies urinaires.

Cet homme est tamponné entre deux wagons le dimanche 4 mai, à six heures du matin ; il n'avait pas uriné depuis deux heures ; à la suite de cet accident, il peut se relever seul, mais la marche lui est impossible, et on doit le transporter à son domicile. Les journées du dimanche et du lundi se passent sans incident notable. Le lundi soir, le malade, qui n'a pas uriné depuis l'accident, est sondé par son médecin ; il s'écoule par la sonde un peu d'urine mélangée de sang. Le mardi matin, l'état général du malade s'étant beaucoup aggravé, on décide de l'adresser à la Clinique des maladies des voies urinaires, où il est examiné le soir vers huit heures.

On constate chez lui une grande difficulté à mouvoir les membres inférieurs, surtout le gauche ; on ne trouve cependant pas de lésion de la colonne vertébrale. Le pubis et la région hypogastrique présentent une tuméfaction assez prononcée qui s'étend jusque vers l'ombilic.

Je pratique le cathétérisme d'abord avec un explorateur à boule, qui pénètre sans difficulté dans la vessie, puis avec une sonde à béquille n° 20, et je retire 60 grammes environ d'une urine sanguinolente. Je fais la toilette de la vessie que je débarrasse de quelques caillots qu'elle contenait ; j'injecte à plusieurs reprises 50 à 60 grammes d'eau boriquée qui reviennent en entier par la sonde, ce qui me décide à laisser cette sonde à demeure jusqu'au lendemain pour assurer le drainage de la vessie.

La nuit, le malade urine abondamment, et c'est à peine si l'urine est teintée de sang ; son état paraît sensiblement amélioré quand brusquement vers neuf heures du matin, il est pris d'une dyspnée assez intense et de frissons. Le liquide injecté dans la vessie ne revient plus par la sonde ; la rupture vésicale n'est pas douteuse. Je pratique immédiatement l'incision hypogastrique, je trouve la cavité de Retzius infiltrée d'urine ; la vessie est rupturée à sa face antérieure, un peu à gauche de la ligne médiane et dans son tiers inférieur, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce que je présente à la Société. Je draine la vessie au moyen de tubes de Guyon-Périer et je place deux gros drains dans la cavité de Retzius. Malheureusement l'intervention ne parvient pas à enrayer la marche de l'empoisonnement urineux, et le malade meurt dans la nuit.

Il m'a paru intéressant de rapporter ce cas à cause de son peu de fréquence et de la difficulté du diagnostic.

M. **Carlier** n'a pas encore vu de rupture extrapéritonéale de la vessie. Un seul cas de déchirure intrapéritonéale [illegible]duite dans son service, par ulcération due à une pierre enchâtonnée. M. Carlier fait remarquer qu'il n'y a pas de signe vrai de rupture. On a préconisé comme méthode de diagnostic l'injection d'air. Dans le cas de M. Dubois, on vit à l'autopsie qu'il y avait fracture du bassin. C'est sans doute un fragment déplacé qui a perforé la vessie.

Hypospadias périnéo-scrotal

M. **Carlier**. — Je vous présente aujourd'hui un enfant de neuf ans que j'ai autrefois présenté à la Société comme un type d'hypospadias périnéo-scrotal. Je vous ai dit que cet enfant avait été inscrit à l'état-civil comme appartenant au sexe féminin, et que son véritable sexe n'avait été reconnu que parce que l'enfant, souillant toujours ses vêtements de fille lorsqu'il urinait, fut alors présenté par ses parents à un médecin qui reconnut l'erreur commise à la naissance du sujet.

Vous vous rappelez peut-être que l'urètre n'existait ni dans la région pénienne, ni dans la région scrotale et que le pénis de l'enfant, pris autrefois pour un clitoris, était coudé et palmé, appliqué contre entre les deux pseudo grandes lèvres, en sorte que le jet d'urine venait butter contre la verge et s'éparpillait en éventail sur les vêtements et les cuisses de l'enfant.

J'ai opéré ce malade par le procédé de la greffe. Celle-ci a été prise au bras gauche et a très bien pris. J'ai eu une certaine difficulté à aboucher le nouvel urètre avec l'ancien, une première intervention laissa persister une petite fistule, mais je fus plus heureux cette fois, et je puis considérer le petit malade comme guéri. Vous verrez que la verge est souple, mais que le scrotum continue à former une bourse double, ce qui est d'ailleurs sans inconvénient. L'enfant urine très bien, l'urètre admet une bougie 14 de la filière Charrière. A signaler, comme particularité, l'aspect nacré du nouvel urètre, qui est bien en rapport avec sa provenance, car j'ai pris le lambeau à la face interne du bras.

Abcès du lobe occipital gauche consécutif à un traumatisme de la nuque

M. **Bernard** lit au nom de M. **Gaudier** l'observation suivante :

Le 1er juin 1905, le mineur X..., dans une rixe, reçoit un coup de pique à la partie postérieure de la nuque. Il en résulte une petite plaie triangulaire sans phénomènes généraux et le malade va trouver un médecin pour se faire panser ; celui-ci explore la plaie, sent quelques esquilles, agrandit l'incision cutanée, extrait les fragments osseux, draine et suture (l'asepsie fut-elle rigoureuse ?) Tout va très bien jusqu'au 8 où le malade accuse une céphalée occipitale tenace et de la gêne à écarter les mâchoires. Il m'est envoyé à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille le lundi de la Pentecôte, où je suis appelé à le voir. Assis sur son lit il

parle assez facilement, répond aux questions et ne se plaint que d'une céphalée postérieure persistante.

Il existe du trismus, un peu de raideur de la nuque. Pas de troubles moteurs ou sensitifs. La vue est intacte. La température rectale = 37°2. Pouls 55.

La plaie est cicatrisée, mais le drain donne un peu de de pus. Transporté à la salle d'opérations avec l'aide de l'interne de garde, nous incisons largement, formant un lambeau en V que nous décollons et relevons et qui nous permet de constater une fracture étoilée dans la région occipitale inférieure gauche. Les séquestres sont enlevés à la pince gouge et une brèche comme la paume de la main est rapidement faite. Il existe de la pachyméningite sur l'étendue d'une pièce de 5 francs. Le pus est épais et verdâtre; la région bien nettoyée montre qu'il n'y a pas d'effraction de la dure-mère; mais celle-ci est tendue et le cerveau ne bat point; on incise les méninges, il ne s'écoule pas de liquide céphalorachidien, car le cerveau vient immédiatement faire hernie à travers la plaie cruciale. Ce symptôme d'une tension profonde nous décide de suite à ponctionner le lobe occipital en son point saillant. La sonde cannelée n'a pas pénétré d'un centimètre, que dans la cannelure jaillit le pus, non odorant, et qui ne fut malheureusement pas recueilli.

La quantité de liquide nous l'évaluons à une cuiller à soupe. Un drain est glissé à la place de la sonde et fixé à la dure-mère. Pansément lâche, non compressif.

Le malade assez bien pendant vingt-quatre heures décline au bout de ce temps et meurt dans le coma.

L'autopsie médico-légale faite par le Docteur Dutilleul a montré qu'il s'agissait en réalité d'un petit abcès du lobe occipital gauche ouvert dans la corne occipale du ventriculé latéral, que le drainage était impuissant à vider.

Quelle a été dans ce cas le chemin exact de l'infection puisqu'il n'y avait pas d'effraction microscopique de la dure mère. Cela est assez difficile à dire, et tout l'intérêt de cette observation réside, en la latence de l'abcès dans son siège et dans sa découverte.

Elle démontre aussi combien après un traumatisme de la région crânienne le médecin doit se méfier d'une félure osseuse en l'absence de tout symptôme. Il faut toujours agrandir la porte d'entrée, bien voir, et faire une asepsie rigoureuse. C'est par défaut d'antisepsie que se font les abcès cérébraux traumatiques et nous rappellerons pour mémoire, l'observation d'une petite fille de notre service qui tomba sur le front et ne présentait qu'une plaie insignifiante au dessus du sourcil gauche que le médecin diagnostiqua plaie simple de la peau du front. Il mit un point de suture, un pansement et l'envoya pour la forme à l'hôpital. Le lendemain matin elle était dans le coma et l'intervention immédiate montra une fracture circulaire de la voûte, et une fracture étoilée du frontal avec irradiations orbitaires.

Le lobe frontal gauche faisait hernie à travers les fragments osseux et il y avait des éclats de substance cérébrale. Extirpation des esquilles, réduction de la hernie cérébrale, drainage, et l'enfant guérit, mais au prix de quels incidents!

Anomalie de situation du sinus latéral droit

M. **Bernard**, au nom de M. **Gaudier**, rend compte à la Société du fait anatomique suivant :

Au cours d'une intervention sur la mastoïde pratiquée au Sanatorium de St-Pol-sur-Mer, nous avons eu l'occasion d'observer une anomalie de situation du sinus latéral qui aurait pu, pour un chirurgien non exercé à ces interventions compliquer un peu l'opération.

C'était pour une mastoïdite ancienne fistulisée avec bourgeon à un centimètre en arrière du sillon rétro-auriculaire en un point à la hauteur de la spina supra meatum. Il existait de l'otorrhée fétide. Incision, dénudation de la mastoïde, puis celle-ci est ouverte prudemment au niveau et un peu en dessous de la fistule osseuse de très petite dimension. La gouge enlève une lame d'os cortical de deux millimètres d'épaisseur, non spongieux, et dans la plaie osseuse apparaît de suite le sinus latéral, bleu-grisâtre.

A la pince-gouge, et prudemment, nous faisons sauter toute la face externe de la mastoïde. Nous constatons alors que le sinus latéral descend directement sous la corticale, puis se recourbe au niveau du conduit auditif osseux de l'intérieur duquel il n'est séparé que par une mince lame osseuse de près de deux millimètres. Le sinus est volumineux comme le médius d'un adulte ; il n'est pas thrombosé, car la veine émissaire mastoïdienne saigne. Il baigne dans le pus et ce pus provient de cellules profondément situées que l'on démasque en refoulant en bas le sinus et en éclairant bien le fond de la plaie.

Ces cellules pétreuses, profondes, que nous curettons, représentent l'antre et les cellules mastoïdiennes.

L'aditus est très perméable.

Cette disposition anatomique, très rare, de sinus procident en avant de l'antre, se voit bien sur les dessins qu'a faits pour nous le docteur Bachmann, de St-Pol-sur-Mer. L'on voit combien, pour un opérateur non prévenu, serait facile du premier coup de gouge la blessure du sinus, et même pour des opérateurs exercés, comme cette anomalie est gênante pour mener à bien un évidement pétromastoïdien.

Hessler a relevé dans la littérature 12 cas analogues dont 4 personnels; Hartmann, sur 100 préparations n'en a trouvé que 2. Ricard en signale 1 cas, et Broca 2 autres.

Nous renvoyons d'ailleurs, pour plus de détails, à son remarquable traité de « Chirurgie opératoire de l'oreille moyenne ».

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Un décret du 3 juillet, publié au *Journal officiel* du 13 juillet, détermine les conditions d'organisation et de fonctionnement des **Bureaux d'hygiène**, tels que les a prévus la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique.

— La Commission administrative des Hospices civils de Lille donne avis que le lundi 30 octobre 1905, à huit heures du matin, il sera ouvert un **Concours public pour la nomination de deux médecins-adjoints** des hôpitaux et hospices de Lille. Ce concours aura lieu à l'Hôpital de la Charité, devant un jury présidé par un des membres de la Commission administrative des Hospices, et désigné conformément à l'article 7 du règlement.

Conditions d'admission a ce concours. — Pour se présenter à ce concours les candidats devront réunir les conditions suivantes : 1° Etre Français ; 2° Avoir le diplôme de docteur en médecine, conféré par une faculté française ; 3° Être âgé de 28 ans au moins et de 40 ans au plus ; 4° Avoir trois ans au moins d'exercice de la médecine à Lille. Les candidats devront déposer leur acte de naissance, leur diplôme de docteur, l'indication de leur résidence, depuis l'obtention de ce diplôme, et une notice sur leurs titres, travaux et services antérieurs, au Secrétariat de l'Administration, 41, rue de la Barre, un mois au moins avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours.

Epreuves du concours. — Les épreuves du concours seront : 1° Une composition écrite ; 2° Une épreuve de clinique ; 3° Une consultation écrite ; 4° Une épreuve de laboratoire. La composition écrite portera sur un sujet de pathologie interne. Le temps assigné à la composition sera de quatre heures. Les compositions seront remises au Président qui les enfermera dans une boîte scellée du sceau de l'Administration, où elles resteront jusqu'au moment de la lecture publique ; chaque concurrent lira lui-même sa composition devant le jury. Pour l'épreuve clinique, chaque concurrent aura vingt minutes pour examiner les malades, et quinze minutes pour la dissertation orale après cinq minutes de réflexion. L'épreuve de la consultation écrite consistera en une dissertation sur un malade. Chaque concurrent aura vingt minutes pour l'examen et trois quarts d'heure pour la rédaction.

Toutes les épreuves seront publiques.

Fonctions et attributions des médecins-adjoints. — Les médecins-adjoints nommés au concours auront le droit exclusif de suppléer les médecins titulaires des hôpitaux et hospices de Lille, en cas d'absence. Ils seront à la disposition de l'Administration qui leur confiera toutes les missions temporaires ou définitives qu'elle croira devoir établir pour le service des malades ; dans ce cas, ils recevront une rétribution proportionnée à la durée de leurs missions, et réglée par délibération de la Commission. Lorsqu'ils suppléeront pendant un mois au moins, ils recevront la moitié du traitement du titulaire. Les médecins-adjoints sont, à l'exclusion de tous autres, désignés pour les places des médecins titulaires vacantes.

Soutenances de Thèses

M. M.-J.-A.-O. Leroy, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de Lille (Nord), a soutenu avec succès, le mardi 25 juillet 1905, sa thèse de doctorat (n° 34), intitulée : **Des épiploïtes.**

— M. G.-J. Beauvois, de Rumilly (Nord), a soutenu avec succès, le mardi 25 juillet 1905, sa thèse de doctorat (n° 36), intitulée : **Prolapsus génitaux graves, leur traitement par la trachélopexie et la colpopexie recto-musculaire.**

— M. G.-A.-M.-V. Bidou, de Givet (Ardennes) a soutenu avec succès, le mercredi 26 juillet 1905, sa thèse de doctorat (n° 37) intitulée : **De la paralysie du nerf médian dans les luxations du coude.**

HOPITAUX & HOSPICES

Paris. — Le concours pour la nomination de deux chirurgiens des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Lapointe et Dujarrier.

Bordeaux. — Après concours, M. le docteur V. Picot fils a été nommé oculiste-adjoint des hôpitaux.

Nantes. — Après concours, M. le docteur Barthélemy a été nommé médecin suppléant des hôpitaux.

UNIVERSITÉ DE PROVINCE

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. — Après concours, M. le docteur Rouslacroix a été nommé chef de clinique médicale ; M. Vincentelli, aide d'anatomie.

Distinctions Honorifiques

Légion d'honneur. — Sont nommés : *officier*, M. le docteur Petitjean, ancien maire de Belfort. — *Chevaliers* : MM. les docteurs Wallon, Sabouraud, Barbarin, Binet, Elie Perier, de Paris ; Martin, de la Mérendole (Bouches-du-Rhône) ; Sebileau, de Blaye (Gironde) ; Guibal, de Montpellier (Hérault) ; Goulard, de Solre-le-Château (Nord) ; Labeda, de Toulouse.

Mérite agricole. — Sont nommés : *officier*, M. le docteur Gueguen, de Paris. — *Chevalier* : M. le docteur Gérard, de Charbonnières-les-Bains (Rhône).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur Veniel, de Paris.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 447. Neuvième Année. N° 32 Le Numéro : **10** centimes 6 Août 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La question de l'exercice en France des Médecins de la frontière Belge (1)

Par M. le Docteur **Noquet**,

Vice-Président de l'Association de Prévoyance et de Secours Mutuels des médecins du département du Nord.

MES CHERS COLLÈGUES,

Vous connaissez tous la convention conclue, le 12 janvier 1881, entre la France et la Belgique, convention qui permet aux médecins établis, dans les communes françaises limitrophes de la Belgique, d'exercer leur art, dans les communes limitrophes belges, et réciproquement.

Depuis longtemps déjà, nous reproduisons le texte complet de cette convention dans notre Bulletin annuel, parce que nous avions été consultés, sur ce sujet, à différentes reprises, par plusieurs de nos collègues.

Dans ces derniers temps, cette convention a fait beaucoup parler d'elle. Le syndicat de Valenciennes, celui de Cambrai s'en sont occupés. De plus, la question a été examinée, dans l'Assemblée générale tenue le 22 janvier de cette année, par la *Fédération des Syndicats Médicaux du Nord et du Pas-de-Calais*. Enfin, deux jugements concernant des médecins belges qui venaient exercer, dans des communes non limitrophes, ont été rendus par les tribunaux d'Avesnes et de Valenciennes.

Pour notre compte, nous avions reçu, vers le milieu de l'année dernière, une lettre d'un de nos collègues de l'arrondissement de Valenciennes dont la commune n'est pas limitrophe, dans le sens propre du mot, puisqu'elle est séparée de la frontière par une bande de terrain assez étendue. Notre collègue nous demandait d'intervenir pour empêcher un médecin de la frontière belge d'exercer dans cette commune.

Me DECROIX, l'un des avocats de notre Conseil judiciaire, consulté, nous dit qu'il fallait prier notre collègue de déposer une plainte, au Parquet de Valenciennes, contre le médecin belge qui exerçait illégalement, la convention du 12 janvier 1881 ne permettant l'exercice que dans les communes limitrophes.

(1) Rapport présenté à l'Assemblée générale de l'Association tenue à Valenciennes le 23 juillet 1905.

La plainte fut déposée et le Parquet de Valenciennes commença les poursuites.

Le médecin belge faisait partie du Syndicat médical borain. Le Président de ce Syndicat écrivit à celui du Syndicat de Valenciennes pour lui dire que le médecin visé s'était cru autorisé à exercer, à Quarouble, par la convention de 1881 et surtout par l'accord établi en 1896 entre *l'Union des Syndicats médicaux de France et la Fédération des Syndicats médicaux du Hainaut.*

Le Syndicat de Valenciennes demanda l'avis de *la Fédération des Syndicats Médicaux du Nord et du Pas-de-Calais.* Il désirait tout spécialement, être renseigné sur la valeur de l'accord de 1896.

Or, de la correspondance échangée entre l'*Union des Syndicats médicaux de France* (1) et la *Fédération des Syndicats Médicaux du Nord et du Pas-de-Calais*, il résulte qu'il n'y a eu, en 1896, aucun accord conclu. Tout s'est borné à des échanges de vues et à des enquêtes faites des deux côtés de la frontière.

L'enquête française, faite par le Dr Gairal, de Carignan (Ardennes). Président de l'Union des Syndicats Médicaux de France. aboutit à cette conclusion : « La convention franco-belge de 1881 est tout à l'avantage des médecins étrangers et tout au détriment des médecins français. »

Le Dr Gairal demandait, à cette époque, que les communes, où les médecins étrangers sont autorisés à exercer, fussent désignées expressément et il souhaitait, d'ailleurs, que la convention fût dénoncée purement et simplement.

A la suite de cette enquête, le Conseil d'arrondissement de Rocroi et le Conseil général des Ardennes émirent un vœu demandant l'abolition de la convention.

Dans son Assemblée générale du 22 janvier dernier, la *Fédération des Syndicats Médicaux du Nord et du Pas-de-Calais* mit la question à l'étude, après une discussion à laquelle prirent part MM. Lemière, de Lille, Delbreil, de Jeumont, et Chocquet, d'Armentières.

Depuis, la Fédération a publié, dans son Bulletin de mai 1905, un questionnaire auquel les intéressés sont invités à répondre. Ce questionnaire, qui comprend 13 questions, se termine par les deux suivantes :

« *Etes-vous partisan de la dénonciation de la convention franco-belge? Pour quelles raisons?* »

(1) Consulter, à ce sujet, le Bulletin des Syndicats Médicaux du Nord et du Pas-de-Calais (1905. N° 3).

« *Avez-vous une autre mesure à proposer ?* »

Dans ce même numéro de mai, figure une décision prise le 16 avril 1905, au Cateau, par la 2e *section du Syndicat Médical de Cambrai* et transmise à la Fédération.

Cette décision est ainsi libellée :

« Médecins Belges,

« Le Syndicat demande que l'autorisation, donnée » aux médecins belges d'exercer en France dans les » communes limitrophes, soit limitée à celles de ces » communes où ne réside pas un médecin français. »

J'arrive maintenant aux deux jugements que j'ai signalés plus haut.

Ces deux jugements ont été publiés *in extenso*, dans le N° du 5 juin dernier *du Droit Médical.*

Le 1er a été rendu par le tribunal d'Avesnes, le 13 septembre 1904. Il concerne les docteurs X... et Y..., de Grand-Rengt (Belgique), qui venaient exercer leur profession, dans les communes de Boussois et de Recquignies.

Le tribunal, après un certains nombres d'attendus, dit « que le privilège accordé aux médecins belges ne » s'étend pas aux communes de Boussois et de Recquignies, qui ne sont pas limitrophes ;

» Dit que les prévenus ont pu se croire en bonne foi » autorisés à y exercer leur art. En conséquence les » acquitte, etc... ».

Ce jugement, tout en acquittant les prévenus, établit, néanmoins, que le mot limitrophe doit être pris dans son sens précis et que les médecins belges n'ont le droit d'exercer que dans les communes touchant la frontière.

Le tribunal de Valenciennes, par son jugement du 15 mars dernier, s'est montré un peu plus sévère.

Il établit aussi que par communes limitrophes il faut entendre seulement celles qui sont en contact immédiat avec la frontière. Faisant application des articles 15, 16, 18, 20 de la loi du 30 novembre 1892 et 463 du Code pénal, il condamne le Dr X... à seize francs d'amende et prononce le sursis.

Le Dr X..., dit le jugement, « diplômé en Belgique, y demeurant, mais non muni d'un diplôme par le gouvernement français, est prévenu d'avoir exercé illégalement la médecine en France, à Quarouble, commune non contiguë à la frontière belge. »

Le *Bulletin des Actes de la Préfecture du Nord* vient, du reste, de publier la liste des communes du département du Nord dans lesquelles les médecins belges,

qu'ils désignent aussi, peuvent exercer. Ces communes sont toutes limitrophes, dans le sens absolu du mot.

Cette question semble donc bien tranchée et il paraît évident qu'à l'avenir les médecins belges ne pourront plus dépasser la zone frontière.

Il reste, toutefois, un dernier point à examiner.

Faut-il demander la dénonciation de la convention, comme l'ont déjà fait, en 1896, le docteur GAIRAL, le Conseil d'arrondissement de Rocroi et le Conseil général des Ardennes?

Il est bien certain que la situation s'est sensiblement modifiée depuis 1881. Le nombre des médecins a augmenté des deux côtés de la frontière et, comme sur beaucoup de points, en ce temps d'encombrement, la lutte pour la vie a tendance à y devenir plus âpre. L'augmentation du nombre des médecins donne aussi, aux populations belges et françaises, plus de facilité pour être convenablement desservies par leurs compatriotes. Mais il ne faut pas oublier que certaines agglomérations belges et françaises s'enchevêtrent et se confondent pour ainsi dire. Il serait peut-être bien difficile, dans ces endroits, d'empêcher les médecins de passer d'un côté à l'autre. L'*entente cordiale* n'est, du reste, pas absolument impossible. A l'Assemblée générale de la *Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais*, M. CHOCQUET a dit que, dans la région d'Armentières, les médecins de frontière vivent en bonne intelligence, ont des réunions communes et observent les mêmes règles syndicales.

Quoi qu'il en soit, votre Bureau ne possède pas les éléments nécessaires pour se prononcer. Il pense que le mieux serait de demander l'avis des intéressés. Nos Délégués, nous le savons, feront, à ce point de vue, bien volontiers, le nécessaire. Cette enquête pourra s'ajouter à celle qu'a commencée *la Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais*. L'une et l'autre se compléteront mutuellemeut.

Nous réservons, il va sans dire, le meilleur accueil aux communications que vous voudrez bien nous faire, aujourd'hui, sur ce sujet.

Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur ou coxalgie au début

par le docteur **H. Gaudier**, professeur agrégé

Il est de règle d'affirmer dans les traités classiques qu'entre une ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur et une coxalgie à marche régulière, il est presque impossible de se tromper. Cela est vrai assurément, mais il y a tant de cas où la coxalgie offre une allure anormale, et où l'ostéomyélite présente une symptomatologie toute spéciale et différente de celle que l'on connaît, qu'il est bien permis alors d'hésiter entre l'une ou l'autre de ces deux affections. M. PONCET d'ailleurs déjà depuis longtemps attire l'attention sur ces variété d'ostéites légères pouvant simuler la coxalgie, et qu'il a nommées pseudo-coxalgie (1). Un cas récent où le diagnostic a été particulièrement difficile pendant quelques jours, nous a incité à en publier l'observation avec les quelques considérations qu'elle peut permettre.

Le nommé F..., quatorze ans, entre à la clinique chirurgicale infantile de l'hôpital Saint-Sauveur à Lille, le 2 février 1904, pour une affection de la hanche droite. Comme antécédents héréditaires, on note que le père est encore vivant, la mère étant morte après la naissance d'un enfant, le cinquième, et probablement de tuberculose pulmonaire aiguë. Sur cinq enfants trois sont morts en bas âge de méningite, dit le père ; les deux survivants sont une fille qui ne présente pas de passé pathologique, et notre petit malade qui n'a jamais, jusque-là, fait de maladie grave. L'histoire de l'affection qui l'amène à l'hôpital est la suivante : l'enfant a commencé de boiter à la fin de décembre 1903, mais cela ne l'a pas empêché de marcher et de continuer à aller en classe jusqu'au 17 janvier 1904. A partir de ce moment il fut forcé de garder la chambre car la boiterie devenait plus douloureuse, et le 2 février il entrait à l'hôpital.

L'enfant étant couché, on constate qu'il présente, à droite, de la flexion de la cuisse avec abduction et rotation externe. Le bassin est entraîné dans les mouvements que l'on imprime à la cuisse; il y a de l'ensellure, l'abduction complète est impossible. Cette exploration est très douloureuse et le malade se plaint continuellement. Il est difficile, chez lui, de fixer un point particulièrement douloureux, tout au plus peut-on affirmer que le bassin ne l'est pas mais la pression sur le grand trochanter ou au niveau de la tête fémorale arrache des cris à l'enfant. La peau de la région de la hanche est intacte, on ne perçoit pas d'augmentation de volume du corps de l'os, mais il paraît exister un peu d'empâtement profond particulièrement au niveau de la face interne de la cuisse.

A l'examen général, on constate que l'enfant n'est pas très brillant ; c'est un grand garçon, maigre, avec des adénopathies multiples, cervicales, inguinales des deux côtés. Il fait de la fièvre depuis quelques jours et il a de la perte de l'appétit. La température est de 38° le matin, et de 38°9 le soir. Il ne tousse pas et la poitrine est intacte, mais il ne présente pas d'aspect typhique et la langue est sale et sans caractère spécial, autre que celui caractéristique d'un état saburral assez prononcé. L'enfant va à la selle ; ses

(1) LEVÊQUE. Th. Lyon, 1895. De la coxalgie ostéomyélitique suppurée.

urines ne renferment pas d'albumine. Réexaminé le lendemain, il ne présente aucun caractère nouveau, les douleurs sont toujours bien localisées au voisinage de la partie moyenne de l'arcade crurale, sur la tête fémorale, exaspérées par la pression en ce point et sur le grand trochanter. Les mouvements de la cuisse sont d'ailleurs presque impossibles. La température est de 38°,1 le matin. Nous donnons à l'enfant quelques bouffées de chloroforme pour permettre un examen définitif et réduire l'attitude vicieuse ; cette réduction se fait d'ailleurs très aisément dès que la résolution musculaire est obtenue. A l'examen on constate alors que tous les mouvements se font presque facilement, mais il existe un peu d'empâtement à la face interne du col fémoral ; il n'y a rien dans la fosse illiaque ni au niveau du psoas, la colonne vertébrale est intacte ; l'enfant ne présente pas de plaie au niveau du membre inférieur droit. Nous pensons à la coxalgie plutôt qu'à l'ostéomyélite en raison de la rareté de cette dernière au niveau du col fémoral, et nous estimons qu'il s'agit peut-être là d'une de ces coxalgies avec fièvre, à marche en général assez rapide et dont nous avons eu plusieurs exemples dans nos salles. Le petit malade est remis dans son lit et l'on institue l'extension continue. Celle-ci paraît calmer les douleurs pendant quelques jours, exactement jusqu'au 7 février, mais la température est toujours élevée étant même augmentée, 39°,2, le soir, sans que l'état général en soit plus mauvais. Il n'y a pas d'adynamie. En examinant la hanche le 8, on constate que l'empâtement a augmenté et qu'il tend à gagner du côté du corps de l'os. La pression sur le col fémoral est très douloureuse, et le grand trochanter paraît augmenter de volume. Devant ces symptômes nouveaux nous ne pensons plus à la coxalgie, affirmons l'ostéomyélite du col fémoral et décidons l'intervention d'urgence. Celle-ci est faite le 10 février. Une grande incision externe au devant du grand trochanter conduit facilement sur le col fémoral entouré de tissus œdémateux. Il existe une poche purulente sous-périostique, qui entoure l'os en avant et en dedans et qui contient du pus mal lié. La capsule articulaire est distendue, elle est ouverte et il s'en écoule un liquide louche mais non franchement purulent. Le col est attaqué à la gouge et au maillet tout près du grand trochanter ; il contient du pus. On l'évide immédiatement en enlevant toute sa face antérieure à l'aide de la grosse pince gouge, il est ensuite cureté avec soin. Au cours de l'évidement on est amené à ouvrir un foyer grand trochantérien, l'os est en ce point absolument ramoli, purulent et on n'en laisse que la moitié postérieure. La diaphyse fémorale paraît intacte. L'opération terminée il ne reste du trochanter et du col qu'une gouttière postérieure, la tête fémorale paraît saine. On suture la plaie aux deux extrémités et un large drainage est assuré au moyen de gaze simple. L'opération a duré 35 minutes. L'enfant est remis au lit, on continue l'extension, pour parer aux attitudes vicieuses que pourrait prendre le membre. Celle-ci d'ailleurs ne put être continuée très longtemps car une quinzaine de jours après on dut la supprimer à cause d'excoriations de la jambe qui empêchèrent l'application de l'appareil. Les suites opératoires furent relativement simples et en deux mois tout était cicatrisé, cicatrices déprimées mais très solides. Un fait particulier dans la marche de la maladie, c'est que plus de 3 semaines après l'intervention l'enfant continua à faire 38° le matin et 39°,2 le soir, et ce n'est qu'au bout de 2 mois qu'il revint à la normale. Après cicatrisation on fut forcé de le rendormir car il avait pris des attitudes vicieuses. Pendant l'anesthésie on réduisit ces attitudes et on appliqua un appareil plâtré, mais il fut constaté alors que les mouvements dans l'articulation de la hanche étaient très limités et qu'ils se faisaient avec de gros craquements. Après un mois et demi d'appareil, l'enfant put réapprendre à marcher. Il ne présente pas de raccourcissement ni d'allongement du membre droit, mais il a de l'ankylose de la hanche.

L'ostéomyélite *aiguë* de l'extrémité supérieure du fémur n'a été bien étudiée que depuis relativement peu de temps. Confondue souvent, jadis, avec la tuberculose, la syphilis, etc., elle n'a guère été l'objet de descriptions détaillées que depuis une quinzaine d'années. Signalons la thèse de GIRARD en 1893, celle de LECONTE en 1894, celle de LÉVÊQUE en 1895, celle de BERNARD en 1897. BRAQUEHAYE, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* de 1895, et ALDIBERT dans sa thèse, étudient l'ostéomyélite des enfants en bas âge. Le Congrès d'obstétrique et de pédiâtrie, à Bordeaux, en 1895, fut l'occasion d'une discussion sur ce sujet entre MM. les professeurs BROCA, LANNELONGUE, DEMONS, d'où sortit définitivement la symptomatologie clinique de l'affection.

L'extrémité supérieure du fémur se développe par trois points d'ossification, un pour la tête, un pour le grand trochanter, un pour le petit trochanter. Il existe donc trois cartilages de conjugaison et schématiquement on pourrait dire qu'il peut exister une localisation de l'ostéomyélite au niveau de ces trois points. En réalité cela n'est pas ; on ne trouve presque jamais relaté, dans les observations, de lésions localisées au petit trochanter; par contre, M. LANNELONGUE a montré que le grand trochanter pouvait être seul pris. Du fait que ces trois points sont en somme très rapprochés l'un de l'autre, du fait aussi que c'est presque toujours du côté diaphysaire du cartilage que se localise l infection primordiale, on peut conclure qu'au bout de quelque temps la lésion occupera toute l'extrémité supérieure du fémur entre le grand trochanter et la tête fémorale.

Pour LANNELONGUE, la lésion est primitivement médullaire, tandis qu'OLLIER admettait la possibilité

d'abcès sous-périostiques sans lésions osseuses et dont GANGOLPHE d'ailleurs a rapporté un cas où l'incision simple fut suivie de guérison rapide. Dans quelques cas plus rares la lésion primitive évolue non plus du côté diaphysaire du cartilage, mais du côté épiphysaire. LANNELONGUE a signalé le fait d'une localisation exclusive à la tête fémorale; celle-ci, dans certains cas, pouvant se séparer du col et libre dans la cavité cotyloïde, jouant le rôle d'un véritable séquestre. Nous n'insisterons pas d'ailleurs sur les lésions de l'os qui sont celles de l'ostéomyélite banale. Lorsque la suppuration osseuse arrive au niveau de la capsule articulaire, il survient presque fatalement une arthrite; c'est l'opinion de LÉVÊQUE et de PONCET, ce n est pas celle de LANNELONGUE, qui pense que la lésion peut rester longtemps extra-articulaire. Lorsque cette arthrite existe, elle entraîne la destruction de la synoviale, des ligaments, et HARTMANN, en 1894, a signalé la luxation spontanée de la hanche au cours d'une ostéomyélite. Il peut également exister des lésions de voisinage, par perforation de la cavité cotyloïde, tels les abcès intra-pelviens décrits par LECONTE dans sa thèse, soit des fusées purulentes du côté des muscles de la cuisse, du psoas, etc.

Au point de vue *symptomatique*, l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur peut revêtir des allures bien différentes et bien particulières, et l'on a décrit avec PONCET des formes *suraiguës*, des formes *aiguës*, des formes à allures *chroniques*. Il est évident que dans le *premier cas* si le diagnostic peut ne pas être facile, au moins il n'est pas à faire avec l'arthrite tuberculeuse de la hanche; en effet il s'agit là de phénomènes généraux excessifs, et dont l'intensité, affectant l'allure d'une fièvre typhoïde ou de toute autre infection générale suraiguë, cache la localisation à la hanche, qui peut passer inaperçue. Il est bien vrai qu'il existe de la flexion de la cuisse avec abduction ou adduction. rotation interne ou externe; l'on pourra reconnaître une arthrite aiguë de la hanche, mais on ne pensera jamais, et avec raison, à la tuberculose. Dans les observations publiées, la mort est du reste survenue très rapidement après ou sans intervention opératoire.

Dans les formes *aiguës*, il existe au début des phénomènes généraux, fièvre, frissons, etc., le tout sujet à de grandes différences; mais très rapidement l'enfant se plaint de souffrir de la jambe et l'attention est attirée vers la hanche malade. La gêne fonctionnelle s'accuse vite; et elle arrive assez rapidement à l'impotence absolue, s'accompagnant de contractures de tous les muscles péri-articulaires ou d'un groupe seulement, très souvent les adducteurs. Le membre est en flexion, abduction ou adduction, rotation externe ou interne, et il existe *assez précocement*, dans certains cas, beaucoup plus *tardivement* dans d'autres, un gonflement œdémateux, accompagné de circulations veineuses superficielles et sur lequel insiste M. LANNELONGUE ; parfois dans le triangle de SCARPA, l'on note une adénopathie aiguë. La palpation montre qu'en dehors du gonflement superficiel, qui peut d'ailleurs être peu accusé, il existe au bout de quelques jours une tuméfaction profonde, indice soit d'une suppuration localisée à l'articulation, soit d'une collection purulente ayant fusé entre les muscles, soit à la face interne, soit à la face postérieure de la cuisse. En général l'intervention qui doit être large, est suivie d'une amélioration assez rapide et la guérison est presque toujours la règle. Les formes *légères* de ces manifestations aiguës ont été décrites par PONCET, sous le nom de « pseudo-coxalgies » ; elles sont caractérisées par un début plus ou moins aigu avec fièvre un peu moins élevée que précédemment, gêne fonctionnelle et douleurs moins accusées, revêtant parfois la forme de crises passagères. Dans ces cas, le diagnostic avec la coxalgie peut être difficile, au moins au début, et surtout avec ces arthrites tuberculeuses qui présentent la marche d'une arthrite aiguë et simulent si bien l'ostéo-myélite.

BROCA (1) qui les signale dans ses leçons de chirurgie clinique infantile dit : « De temps à autres je vois » des cas de ce genre, assez typiques... Il y a quel- » ques jours (octobre 1903), j'ai été appelé auprès d'un » enfant dont le médecin traitant eut quelque peine » à se laisser convaincre par mon diagnostic parce » que le mal, vieux de six semaines seulement, avait » commencé brusquement avec une fièvre de 40° » environ pendant quelques jours, puis avec des exacer- » bations vespérales, vers 38°, parfois 38°,5 depuis ce » moment ; avec cela douleurs très vives dans la han- » che qui se mit en flexion, abduction et rotation en » dehors. Après une quinzaine de repos au lit tout » cela tomba et l'enfant continua à boiter, et quand il » revient de la campagne, un trajet de 15 kilomètres en » voiture suffit pour provoquer une crise aiguë horri- » blement douloureuse et la température rectale

(1) BROCA. Leçons cliniques de chirurgie infantile, 1905, 2 série, p. 184.

» s'éleva encore à 38°,5 le soir. Malgré *cette acuité* et » la *vivacité initiale*, l'état médiocre intermédiaire aux » deux poussées aiguës me fit conclure à la *tuberculose*, diagnostic corroboré par un engorgement ganglionnaire volumineux et de la fosse iliaque. En » deux ou trois jours l'extension continue devait calmer les souffrances et faire cesser l'attitude vicieuse, » mais 15 jours plus tard j'étais bien sûr de trouver » encore la raideur, l'atrophie musculaire, l'adénopathie, la douleur à la pression, caractéristiques d'une » coxalgie. C'est ce qui eut lieu malheureusement, et » j'en étais sûr car j'ai été instruit par bien des cas » analogues dans lesquels, au début de ma carrière, » je me suis trompé. Je me souviens surtout d'un » petit juif Russe que j'ai soigné à l'hôpital TROUSSEAU » en 1892, pour une arthrite *suppurée aiguë* de la » hanche, et que je croyais bien atteint d'*ostéomyélite*. Il succomba en quelques mois par méningite » *tuberculeuse* après avoir eu localement des lésions » qui ne laissèrent pas de place au doute. Aussi donnerai-je le conseil de toujours rester sur la réserve » dans les cas de ce genre.... Une fillette âgée de » 5 ans 1/2 et de très bonne santé habituelle fut » atteinte d'une arthrite coxo-fémorale très aiguë. La » température dépassa 40°, deux jours de suite survinrent des frissons inquiétants et dès lors, craignant une grave ostéomyélite, je fus mandé. Je » trouvai les signes évidents d'une arthrite très aiguë » avec flexion et abduction, mais aucun empâtement, » aucun œdème, aucune menace d'abcès, et repoussant toute idée d'intervention opératoire immédiate, » je conclus à une arthrite rhumatismale, en ajoutant » *que j'avais vu des coxalgies débuter de la sorte et que* » *la question allait se juger en quelques jours si, après* » *action certainement efficace de l'extension continue, il* » *persistait au bout de quelques jours des phénomènes* » *locaux suspects*. C'est ma réserve pour coxalgie qui » surprit un peu, et je ne m'en repends pas, car j'y » ai été pris pour toutes les jointures et à tous les » âges ».

Il est bon de connaître ces formes de coxalgies avec fièvre et de ne pas croire que toujours la coxalgie présente un début insidieux et apyrétique, mais ce ne sont point là des faits très fréquents ; aussi en présence d'un cas douteux est-il permis de se demander s'il est possible de faire le diagnostic et d'affirmer qu'il s'agit de tuberculose ou d'ostéomyélite. Le début est *plus brusque* dans l'ostéomyélite que dans la tuberculose de la hanche, fébrile et à évolution rapide. Aussi un interrogatoire minutieux est-il de rigueur ; mais les renseignements peuvent manquer. Il faut alors s'adresser à l'examen local. La palpation difficile de l'extrémité supérieure du fémur et de l'articulation coxo-fémorale, rendent presque impossible, surtout chez un enfant qui se défend, de préciser exactement s'il y a de l'arthrite vraie ou seulement un retentissement léger d'une lésion osseuse de voisinage sur l'articulation. Il reste surtout la recherche minutieuse de l'empâtement péri-articulaire plus rapide à apparaître au cours des ostéomyélites même légères, que dans la coxalgie, et pourtant il ne faudrait pas croire qu'un empâtement précoce put être absolument symptomatique de l'ostéomyélite, et nous nous rappelons un cas de coxalgie avérée, à grand fracas, s'accompagnant, presque dès le début, d'un empâtement à la face interne de l'articulation, et que l'on fut forcé de ponctionner rapidement. Cette coxalgie évolua avec la rapidité d'une lésion aiguë, les abcès par congestion se multiplièrent ; il se fit une subluxation rapide dans la fosse iliaque externe qui nécessita une résection de la hanche pour permettre de mieux drainer une cavité cotyloïde perforée déjà. Pendant ce temps évoluaient des lésions pulmonaires bacillaires, qui emportèrent la malade. Ces *lésions pulmonaires* qui existaient déjà au moment de l'entrée à l'hôpital, nous avaient *seules* permis du reste de faire le diagnostic de coxalgie, celui d'ostéomyélite paraissant aussi plausible. On voit de suite l'importance de leur constatation. On ne peut guère se fier en effet à la fièvre, qui devrait être plus élevée dans l'ostéomyélite aiguë que dans la tuberculose, mais qui dans certains cas, surtout lorsqu'elle reste aux environs de 38°, ne présente pas de caractère particulier. Reste l'état général antérieur qui la plupart du temps est moins bon dans la coxalgie que dans l'ostéomyélite ; c'est un point sur lequel il faut insister, dans un diagnostic épineux, et encore ! Les attitudes auraient plus de valeur peut-être, et une ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur, avec flexion, *adduction* et *rotation interne*, comme cela s'est vu, ne serait pas moins facilement prise pour une coxalgie. Mais ce sont là des formes rares et où la discussion est moins de mise. En fait, il y a des cas d'arthrite aiguë et subaiguë de la hanche où le diagnostic différentiel est presque impossible, et où l'on ne peut conclure qu'après une observation prolongée de quelques jours dans

les formes très aiguës, de plusieurs semaines dans les formes moins rapides, on pourrait être autorisé, dans de pareilles conditions, à pratiquer avec prudence l'épreuve de la tuberculine, qui donnerait là, dans une période apyrétique, peut-être de précieux renseiments.

Broca conclut ainsi : « L'inconvénient serait grand à » déclarer aux parents que la tuberculose n'est pas » en jeu, à leur faire prévoir une guérison rapide, » alors qu'il y en a pour des mois et des années ; à » laisser s'aggraver faute de soins une ostéo-arthrite » pour laquelle la précocité du traitement est la condition principale du succès. Et d'autre part, votre » réputation périclitera si vous annoncez une grave et » chronique coxo-tuberculose et si..... au bout de quel- » ques semaines tout est rentré dans l'ordre.

» Aussi, dans les cas de ce genre la sagesse consiste- » t-elle à savoir hésiter et à diriger le traitement en » conséquence ».

S'il ne sagit, en effet, comme dans les cas très légers décrits par Poncet, que d'une simple réaction inflammatoire de la hanche, consécutive à de l'hyperhémie osseuse, le repos au lit et l'extension continue suffiront vite à calmer les douleurs ; la surveillance attentive ensuite permettra de vérifier qu'il n'y a plus, même pendant la marche, de récidive à la douleur à la pression ni limitation des mouvements. Si les phénomènes aigus évoluent dans le sens de l'ostéomyélite, alors l'incision rapide, la trépanation osseuse, le grand drainage seront indiqués d'urgence.

Consultations Médico-Chirurgicales

Kératite interstitielle

Dr E. Painblan.

INFORMATIONS CLINIQUES. — I. Chez un sujet jeune, enfant ou adolescent, présentant le plus souvent des stigmates d'hérédosyphilis ou des traces de scrofulotuberculose, beaucoup plus rarement chez un adulte, exceptionnellement chez un sujet d'âge mûr ou avancé, apparaissent sur la cornée. des deux côtés généralement, soit simultanément, soit plutôt à quelques semaines d'intervalle, de petites taches grises vers le centre ou à la partie inférieure. — Ces taches, bien visibles à l'éclairage oblique et à la loupe, occupent les couches moyenne et profonde de la cornée dont la surface est lisse et mate. Elles augmentent peu à peu, peuvent rester isolées ou tendent à confluer surtout au centre, formant une tache large, uniforme, entourée d'un limbe grisâtre. — Et la cornée s'opacifie plus ou moins complètement au point de voiler l'iris et la pupille. — Dans les cas graves, elle est uniformément grise comme du verre dépoli, quelquefois d'aspect porcelainique presque, mais jamais il ne se produit d'ulcération. — C'est la *période d'opacification*.

Peu après le début apparaissent des vaisseaux radiés périphériques, constituant une injection périkératique d'abord peu marquée. — Le larmoiement et la photophobie sont à peine accusés — une sorte de brouillard couvre l'œil malade ; les troubles de la vue sont en rapport avec le siège et l'étendue des opacités.

II. Bientôt les vaisseaux augmentent et l'injection périkératique s'accuse : par places se montre petit à petit une teinte rougeâtre uniforme qui est due à la vascularisation profonde de la cornée, dont les couches profondes sont envahies de la périphérie au centre par des vaisseaux qui peuvent aussi former un lacis superficiel. — C'est la *période de vascularisation*.

Les troubles fonctionnels s'accusent et sont souvent très marqués ; il y a du larmoiement, de la photophobie plus ou moins intense, du blépharospasme, des douleurs intra et circum-orbitaires, parfois même de l'insomnie, de l'agitation avec un léger état fébrile — quelquefois au contraire les douleurs existent à peine. — La vision est affaiblie, presque nulle. — Ces symptômes peuvent durer plusieurs mois.

La cornée est si trouble qu'on ne peut se rendre compte de l'état de l'iris et de la pupille et c'est cependant à cette période qu'apparaissent les complications iridocyclitiques qui sont à redouter, car elles peuvent avoir des graves inconvénients pour l'avenir (synéchies, occlusion pupillaire). — Le tonus généralement diminué, peut quelquefois augmenter, d'où la possibilité de phénomèmes glaucomateux accompagnés de douleurs violentes, qui contre-indiquent l'emploi des mydriatiques.

III. Après une durée de un ou deux mois, souvent plus, l'affection est à son apogée, et la *période de résolution* ou de régression va commencer ; elle s'annonce par une diminution des troubles fonctionnels : les symptômes irritatifs tombent rapidement, les vaisseaux s'atrophient, disparaissent, l'infiltration cornéenne se résorbe et l'éclaircissement de la cornée s'opère, surtout à la périphérie. — Le centre reste longtemps trouble et n'arrive au rétablissement complet de la transparence qu'au bout de plusieurs mois, quelquefois plus d'un an. Souvent il reste, en un ou plusieurs points, des opacités gênant la vision.

Cette phase de résolution peut être traversée par des

poussées aiguës de vascularisation pendant lesquelles réapparaissent de nouveau tous les phénomènes douloureux et inflammatoires.

INDICATIONS ÉTIOLOGIQUES, PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — La kératite interstitielle étant reconnue, reste à en rechercher la cause.

On a cru qu'elle était exclusivement hérédosyphilitique. — On tend à admettre aujourd'hui que la kératite interstitielle est surtout un trouble de nutrition qui peut se produire sous l'influence de causes multiples, sans toutefois qu'aucune de ces causes imprime à son évolution une allure bien spéciale.

1° Parmi ces causes, vient en tête, et pour une grosse part, la syphilis héréditaire. — En l'absence de renseignements directs, parfois difficiles à obtenir des parents, informez-vous de la mortalité infantile dans la famille et recherchez l'ensemble des stigmates bien connus de l'hérédosyphilis : déformations de la face et du crâne, lésions osseuses ou articulaires, ozène, malformations dentaires, surdité (triade d'Hutchinson), ganglions, traces de rhagades à la commissure des lèvres, etc.

2° A côté de l'hérédosyphilis, mais beaucoup plus rarement, la syphilis acquise : pensez-y si la kératite reste unilatérale et surtout si votre malade est adulte ou d'âge mûr, car la kératite interstitielle d'origine syphilitique acquise se développe presque exclusivement entre 30 et 50 ans. — Etablissez alors votre conviction par un interrogatoire fouillé et par la recherche minutieuse des signes de spécificité.

3° La tuberculose, la scrofulotuberculose, le lymphatisme sont des causes relativement fréquentes. — Aussi, surtout s'il s'agit de jeunes sujets, pâles et mal nourris, vous examinerez avec soin l'état général, et vous rechercherez les engorgements ganglionnaires, les manifestations variées de la tuberculose articulaire, osseuse, cutanée : vous pourrez, chez les adolescents surtout, dépister la tuberculose pulmonaire concomitante. Vous vous enquerrez soigneusement des antécédents héréditaires et personnels des malades.

4° Le rhumatisme, la goutte, le paludisme, la grippe, sont des causes beaucoup plus rares de kératite interstitielle. Vous y penserez néanmoins, en l'absence de syphilis héréditaire ou acquise et de scrofulotuberculose, et dirigerez votre examen en conséquence.

A chacune de ces causes de kératite interstitielle, il conviendra d'appliquer le traitement qui lui est propre.

Aux lésions cornéennes elles-mêmes, il faut opposer une thérapeutique active dont les indications varient avec les périodes de la kératite et sont les suivantes :

Diminuer l'inflammation, favoriser au début une vascularisation modérée, restreindre autant que possible l'abondance des exsudats ;

D'autre part maintenir la pupille dilatée et diminuer l'hyperhémie du tractus uvéal, pour en faire avorter l'inflammation menaçante et prévenir les synéchies, calmer la douleur et la photophobie ;

Plus tardivement, lutter contre la vascularisation superficielle si elle est trop intense et à la dernière période favoriser la résorption des exsudats.

TRAITEMENT. — Le traitement sera donc local et symptomatique — il sera aussi général et étiologique.

TRAITEMENT LOCAL ET SYMPTOMATIQUE. — Tout d'abord, faites supprimer toute occupation, défendez le travail, mettez l'**œil au repos** ; soustrayez-le à l'action de la lumière vive par le port d'un bandeau flottant non compressif ou de lunettes, coquilles de teinte fumée 02 ou 03. — **Le séjour dans la chambre obscure est inutile.**

Prescrivez l'application trois ou quatre fois par jour, sur les paupières fermées, de **compresses chaudes**, de gâteaux d'ouate hydrophile bien exprimés après les avoir trempés dans une infusion de camomille ou dans la solution d'acide borique à 30 gr. pour 1 litre d'eau bouillie.

La solution doit être chaude, à 40° au moins — et la compresse doit être recouverte d'un morceau de flanelle et d'un carré de taffetas gommé — elle doit être maintenue en place par un tour de bande et renouvelée tous les quarts d'heure : chaque application doit durer une heure.

Au lieu des compresses vous pouvez employer une fois ou deux par jour, pendant dix minutes, les **douches chaudes** qui consistent à projeter sur les paupières, préalablement recouvertes d'un linge fin afin d'éviter des brûlures, un jet de vapeur fourni par l'appareil vaporisateur Lourenço.

Ces moyens sont excellents mais sont à surveiller ; vous pourrez alterner les douches avec les compresses.

Trois fois par jour, instillez avec le compte-gouttes, dans le cul-de-sac conjonctival, une ou deux gouttes du collyre :

Chlorhydrate de cocaïne.	20 centigr.
Eau distillée bouillie.	10 grammes

ou mieux :

Cocaïne pure	10 centigr.
Huile d'olive lavée et stérilisée	10 grammes

Faites suivre à quelques minutes d'intervalle du collyre :

Sulfate neutre d'atropine.	2 à 5 centigr.
Eau distillée bouillie.	10 grammes

ou encore :

Atropine pure	5 à 10 centigr.
Huile d'olive lavée et stérilisée	10 grammes

Surveillez attentivement l'œil, surtout pendant la période de vascularisation, et **supprimez l'usage de l'atropine, si le tonus s'élève.**

En cas de réaction inflammatoire intense et de douleurs vives, faites une émission sanguine au moyen de deux **sangsues** à la tempe. Contre la douleur, si elle est trop vive, usez des calmants ordinaires.

Si la vascularisation superficielle est trop marquée, vous serez autorisé à pratiquer la **péritomie** des vaisseaux conjonctivaux.

Quand la vascularisation diminue (période de régression), supprimez, mais graduellement et lentement, l'usage des compresses humides.

Diminuez le nombre des instillations du collyre à l'atropine — arrivez graduellement à n'en faire qu'une tous les jours, puis tous les deux jours, etc.

Supprimez le collyre à la cocaïne, dès que la douleur et la photophobie s'atténuent.

Pour activer la résorption des exsudats, employez la pommade :

Oxyde jaune d'hydrargyre préparé par voie humide	10 centigr.
Vaseline neutre	10 grammes.

Introduisez, matin et soir, gros comme un grain de blé dans l'angle de l'œil et pratiquez doucement pendant une minute ou deux le massage de la cornée à travers les paupières. — Continuez longtemps et avec persévérance ce traitement.

Vous pouvez aussi employer la lanoline hydrargyrique ou la pommade au calomel, ou encore l'insufflation de poudre de calomel.

TRAITEMENT GÉNÉRAL ET ÉTIOLOGIQUE. — Sans exposer ce traitement en détail, il convient de donner quelques indications.

Avant tout une bonne hygiène est nécessaire, les **bains salés** et surtout le séjour au bord de la mer ont une efficacité remarquable.

Syphilis. — Dans les formes graves, employez les frictions ou les injections.

Pour les frictions, prescrivez l'onguent napolitain (dédoublé chez l'enfant, en y ajoutant, par parties égales, de l'axonge benzoïnée), pendant quinze ou vingt jours.

Pour les injections, employez ;

Biiodure d'hydrargyre	15 centigr.
Huile d'olives lavée et stérilisée	30 grammes

ou :

Sublimé	30 centigr.
Huile d'olives lavée et stérilisée	30 grammes

faites tous les jours, pendant quinze ou vingt jours, avec les précautions ordinaires, une injection intramusculaire d'un demi ou d'un centimètre cube.

Les vingt jours suivants, faites prendre avant le repas principal, dans un bol de lait, une ou deux cuillerées de la solution :

Iodure de potassium	15 grammes
Eau distillée	250 »

Soignez la bouche pour prévenir la stomatite.

Dans les cas ordinaires, les frictions et injections peuvent être remplacées par le sirop de Gibert ou le sirop suivant :

Biiodure d'hydrargyre	10 centigr.
Iodure de potassium	15 grammes
Sirop de quinquina	250 »

une cuillerée à potage ou à dessert, selon l'âge, avant le repas.

Scrofulotuberculose, lymphatisme. — Insistez encore plus sur l'hygiène, ordonnez le séjour à la campagne ou au bord de la mer — les sanatoria maritimes donnent souvent d'excellents résultats — prescrivez l'hydrothérapie, les bains salés.

Ordonnez le repos, la suralimentation.

Donnez le traitement tonique et reconstituant : huile de foie de morue, arséniate de fer, iodure de fer, iodoforme, préparations iodotanniques, lécithine, etc.

Rhumatisme. — Le rhumatisme, la goutte seront traités par les alcalins, le salicylate de soude, l'iodure de potassium, les préparations de colchique.

Paludisme. — Le paludisme sera justiciable de la quinine.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

L'urobiline, sa valeur séméiologique, par le docteur L. LEMAIRE, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, *Roussel*, 1905.

La remarquable thèse inaugurale du docteur L. LEMAIRE contient sur l'urobiline des conclusions que nous nous faisons un devoir de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

I. — L'urobiline de JAFFÉ doit être distinguée des autres pigments urinaires, en particulier de l'urochrôme avec lequel elle est souvent confondue. Son origine, ses réactions, sa signification pathologique sont tout autres. C'est une matière colorante dérivant de la transformation des pigments biliaires et sanguins, soit par réduction, soit, ce qui est plus probable, par un processus d'oxydation. Il n'y a qu'un corps qui mérite le nom d'urobiline. Les prétendues urobilines anormales, pathologiques ou fébriles ne sont que des mélanges d'urobiline de JAFFÉ avec des pigments représentant des transformations incomplètes de la bilirubine. La stercobiline purifiée est identique à l'urobiline. Le pigment décrit par JAFFÉ correspond en partie à l'ancienne

urohématine de Harley, et à l'hémaphéine de Simon. Aussi la trouve-t-on dans les urines dites hémaphéiques par Gübler.

II. — Elle se présente dans les liquides organiques, soit à l'état isolé soit à celui de chromogène (urobiline réduite de Disqué). Les urines normales semblent toujours contenir une petite quantité de cette dernière. On peut rencontrer l'une et l'autre dans le sang et les autres tissus. A l'état pathologique, l'urobilinurie et l'urobilinémie sont constatées dans les affections hépatiques, toutes les fois que la cellule du foie est insuffisante à arrêter les poisons. En second lieu, on ne la trouve que dans toutes les pyrexies, les intoxications, etc. Elle est presque constante après les hémorragies, surtout quand le sang est retenu dans les tissus, et dans les cas de destruction globulaire intense. Mais sa signification n'est pas toujours la même.

III. — En effet, son origine est variable. Toutes les théories émises pour l'expliquer (intestinale, hépatique, histogène, rénale), ont pu être contredites. Les auteurs avaient tort d'englober dans une même explication la formation de l'urobiline et l'urobilinurie. Il y a là deux points à envisager séparément, le fait de voir l'urobiline se former dans l'organisme n'impliquant pas nécessairement son élimination par l'urine.

A. — Physiologiquement, il se forme dans les dernières portions de l'intestin grêle une grande quantité d'urobiline aux dépens des pigments biliaires normaux qui y sont déversés.

B. — A l'état pathologique, quand l'intestin ne reçoit plus de bile (ictères par rétention) et que celle-ci se répand dans les tissus, ou plus simplement quand il y a imprégnation biliaire des tissus (ictère cholémique), ceux-ci transforment la bilirubine en un corps moins toxique, l'urobiline et même en son chromogène.

C. — L'organisme arrive de même à se débarrasser des pigments sanguins, résultant de la destruction des globules rouges (hématolyse; hémorragies interstitielles, etc) en les transformant en ce pigment.

IV. — Le rein pas plus que le foie ne semble pas prendre part à sa formation. Mais ils jouent un rôle dans son élimination.

a) L'urobiline, qui a pris naissance dans un territoire tributaire du système porte, est obligée de traverser le foie : si celui-ci est sain, il la transforme; si la cellule hépatique est insuffisante, elle le laisse passer : d'où urobilinurie. Une telle urobilinurie sera constante, durable, elle signifiera donc insuffisance hépatique.

Dans les autres cas, elle ne sera que momentanée et indiquera seulement qu'il y a destruction exagérée de pigments sanguins ou biliaires.

b) Le rein sain laisse passer l'urobiline ; lésé à un certain degré, il ne se laisse plus traverser que par le chromogène ; enfin quand la perméabilité rénale est sérieusement compromise, ce dernier lui-même ne passe plus.

Donc l'absence d'urobilinurie dans une affection urobiligène comme la pneumonie, l'absence surtout de chromogène, fera craindre les conséquences de l'imperméabilité rénale.

La recherche clinique de ce pigment permet donc de juger des processus de destruction globulaire, et d'apprécier la valeur fonctionnelle du foie et du rein.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

A-t-on fini avec l'appendicite quand on a l'appendicite dans sa poche, comme dit Roux (de Lausanne) ? Cela ne résulte guère de la communication, basée sur une statistique de 1.000 opérations, faite par sir Frédéric Trèves à la *Royal medical and surgical Society*.

Il divise les observations en deux groupes : soulagement ou guérison imparfaite après l'opération ; complications consécutives à l'opération et pouvant être considérées comme accidentelles et indépendantes de l'intervention chirurgicale.

Dans le premier, il relève quarante-cinq cas de résultats imparfaits après l'opération à froid. Dans deux cas l'appendice avait été incomplètement réséqué ; dans neuf, l'insuccès était dû à une complication ovarienne ; dans huit, il y avait persistance de colite ; dans sept, on constatait une douleur locale persistante ; dans neuf, les crises douloureuses se répétèrent après l'opération ; sur ces neuf cas, trois fois il s'agissait de coliques hépatiques, deux fois de coliques intestinales, deux fois de rein mobile, deux fois de coliques néphrétiques. Dans cinq cas, on trouvait dans la fosse iliaque droite une masse douloureuse, matières fécales accumulées, ganglion tuberculeux, ou épaississement inflammatoire. Enfin, dans cinq autres cas, il s'agissait de malades neurasthéniques ou hypocondriaques.

Dans le second groupe, comprenant les observations d'ouvertures d'abcès pérityphlitiques, Trèves relève cent cas de complications consécutives : quarante de fistules persistantes ; vingt d'abcès récurrents ; seize de crises d'appendicite à rechutes ; douze de fistules fécales et huit de dépôts inflammatoires dans la fosse iliaque.

(Bulletin de Thérapeutique).

Un record de la constipation

Hary Gray a rapporté dernièrement l'histoire d'un garçon de treize ans qui était resté deux mois sans aller à la selle.

L'aspect de l'abdomen était celui d'une femme grosse à terme. Le sujet ne se plaignait cependant que de quelques coliques, parfois de vomissements et de maux de tête.

Le sphincter anal était fortement contracté. On commença par lui introduire quelques suppositoires à la cocaïne et à la morphine. Puis on lui administra deux fois par jour un lavement d'huile.

En neuf jours le malade rendit 29 livres trois quarts de matières fécales.

(Le Scalpel).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le septième Voyage d'études médicales aura lieu du 1er au 14 septembre 1905. Il comprendra les stations du sud-ouest de la France : Luchon, Capvern, Barbazan, Siradan, Bagnères-de-Bigorre, Castera - Verduzan, Argelès, Barèges, Saint-Sauveur, Cauterets, Pau, Saint-Cristau, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Salies-de-Béarn, Biarritz, Cambo, Hendaye (Sanatorium), Dax, Arcachon.

Le V. E. M. de 1905 — comme les six précédents — est placé sous la direction scientifique du docteur LANDOUZY, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications. Réduction de moitié prix sur tous les Chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, au point de concentration, Luchon (Cie du Midi). Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français. Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Arcachon, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ. De Luchon à Arcachon, prix à forfait : 300 francs, pour tous frais : chemins de fer, voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement). Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1905, terme de rigueur.

XVe Congrès international de médecine

(Lisbonne, 19-26 avril 1906).

Les travaux d'organisation du futur Congrès international se poursuivent très activement. Nous pouvons annoncer la prochaine publication du sixième numéro du *Bulletin officiel* que publie le Secrétariat général, et qui accuse un chiffre total de 233 rapports officiels. De ceux-ci quelques-uns sont déjà parvenus au Secrétariat qui, fidèle à son programme, a déjà mis main à leur impression.

Aussi les communications libres commencent à affluer : 68 en sont annoncées jusqu'à ce jour.

Différentes assemblées générales seront consacrées à des conférences scientifiques pour lesquelles sont inscrits les savants suivants :

Sir Patrick MANSON ; professeur BRISSAUD : *Sur l'infantilisme* ; professeur von BERGMANN : *Les problèmes de la chirurgie moderne* ; José-Maria ESQUERDO ; P. AASER : *Les rapports des maladies infectieuses aiguës avec la tuberculose* ; professeur Azevedo SODRÉ : *La pathologie dans les régions tropicales* ; professeur prince Jean TARCHANOFF : *Le radium en biologie et en médecine* ou *l'Organothérapie de nos jours* ; professeur RECLUS : *Les anesthésiques locaux*. D'autres acceptations sont attendues.

Des Comités nationaux se sont constitués dans les pays suivants : Allemagne, Autriche-Hongrie (Autriche, Bohême, Bosnie-Herzégovine, Pologne, Croatie et Slavonie), Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Colombie, Cuba, Danemark, Espagne, Etats-Unis, France, Grande-Bretagne et Irlande, Australie, Grèce, Haïti, Italie, Mexique, Norwège, Pays-Bas, Pérou, Russie, Santo-Domingo, Serbie, Suède, Suisse, Turquie, Egypte, Uruguay et Vénézuela.

Le *Bulletin officiel* sera envoyé gratuitement à tout médecin qui en fera la demande au Secrétaire général, M. le professeur Miguel BOMBARDA.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par **arrêtés rectoraux** en date du 29 juillet 1905, M. le docteur DEBÈVE est nommé pour l'année 1905-1906, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Lille.

— M. DUPONCHELLE, étudiant en pharmacie, est nommé aide-préparateur de chimie organique à la Faculté.

HOPITAUX D'ARRAS

Un **Concours** pour la place de professeur d'accouchements à la Maternité d'Arras a eu lieu le mardi 1er août. M. le docteur BRASSART a été présenté en première ligne par le jury.

Notre Carnet

Le lundi 31 juillet ont eu lieu à Asques (Pas-de-Calais), les cérémonies du mariage de M. Victor CASTEL, étudiant en médecine, avec Mademoiselle Suzanne MASSART. Nous adressons nos meilleures félicitations aux jeunes époux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Sont nommés :

Chefs de clinique médicale : Hôtel-Dieu, M. LŒPER ; chef-adjoint, M. GAULTIER. — Hôpital Beaujon, M. FERRAND ; chef-adjoint, M. RATHERY.

Chef de clinique chirurgicale : Hôtel-Dieu, M. LABEY. — Hôpital de la Charité, chef-adjoint, M. PIQUAND.

Chefs de clinique obstétricale : Clinique TARNIER, M. GUÉNIOT ; chef-adjoint, M. COUDERT. — Hôpital Beaujon, M. LE LORIER ; chef-adjoint, M. RAOUY.

Chef de clinique des maladies mentales : M. VURPAS.

Chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques : Hôpital Saint-Louis, M. SABATIÉ ; chef-adjoint, M. ROSTAINE.

Chef de clinique ophtalmologique : Hôtel-Dieu, M. MONTHUS ; chef-adjoint, M. CANTIONNET.

Chef de clinique des maladies nerveuses : Hospice de la Salpêtrière, M. LEJONNE ; chef-adjoint, M. DREYFUS-ROSE.

Chef de clinique chirurgicale infantile : Hôpital des Enfants-Malades, M. TRIDON ; chef-adjoint, M. AUFFRET.

Distinctions Honorifiques

La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes ci-après désignées :

Médaille d'argent : MM. Perrier, médecin municipal à Béja ; Pressat, médecin de la Compagnie du canal de Suez. — *Médaille de bronze* : MM. Féraud, Portay, Pélissier Varlet et Renard, internes des hôpitaux de Toulon ; Grandjean, à la Seyne-sur-Mer ; de Byl, interne au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer ; Hautefeuille, d'Amiens ; Broc, interne à l'Hôtel-Dieu ; Saillant, interne à l'hôpital Bretonneau ; Roulland, externe à la maison municipale de santé ; Mattei, interne à Alger ; Borge, étudiant en médecine à l'hôpital de Relizane ; Charles, interne à l'amb. d'El Kettar ; Meinard, méd. de colon. à Port-Gueydon ; Lévy, externe à l'hôpital civil de Mustapha ; Carpanetti, médecin des épidémies de l'arrondissement de Guelma ; Esperandieu, médecin à Souk-Ahras. — *Mention honorable* : MM. Petit, d'Asnières ; Crouzet, d'Ezy.

Nécrologie

M. le docteur Turigny, député de la Nièvre, doyen d'âge de la Chambre.

Nous apprenons avec le plus vif regret, la mort du docteur Constant Banteignies, décédé à Saulzoir, dans sa 30e année. Nous adressons à la famille de notre jeune confrère nos bien sincères condoléances.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Des précautions que doivent prendre les malades avant, pendant et après la cure Mont-Dorienne**, par le docteur S. Jeannel, Clermont-Ferrand, *Montlouis*, 1904.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

30e Semaine, du 23 au 29 juillet 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	4
3 mois à un an	6	12
1 an à 2 ans	1	»
2 à 5 ans	3	»
5 à 20 ans	3	3
20 à 60 ans	6	8
60 ans et au-dessus	10	12
Total	35	29

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS — Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Fièvre typhoïde	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1
Tuberculose pulmonaire	1	1	»	2	1	1	1	»	»	»	»	7
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Grippe	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Bronchite et pneumonie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Cancer	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Apoplexie cérébrale	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Bronchite	1	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	4
Maladies organiques du cœur	»	»	»	1	»	2	»	»	1	»	»	4
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	1	»	6	»	»	1	1	»	6	»	1	16
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	2
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	1	3	»	6	5	3	1	1	2	»	»	22
TOTAL des DÉCÈS	5	6	8	11	6	9	3	1	11	1	1	62
NAISSANCES par Quartier	3	8	6	31	8	2	7	6	17	1	8	97

N° 448. Neuvième Année. N° 33. Le Numéro : 10 centimes 13 Août 1905

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

De la coopération des journaux médicaux à la propagande en faveur de l'Association de Prévoyance et des caisses annexes (1).

Par le Professeur H. **Surmont,**

Secrétaire général de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département du Nord.

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

Tous les médecins devraient faire partie de notre Association : les heureux de la vie, par esprit de solidarité professionnelle ; les déshérités de la profession, pour s'assurer contre la maladie et la vieillesse ; les uns et les autres, par esprit de prévoyance ; car, qui peut être sûr de l'avenir ?...

Or, on peut dire que la moitié seulement du corps médical fait partie de notre association puisque, sur *739* médecins inscrits à la préfecture du département du Nord, à la fin de décembre 1904, [Arrondissements de Lille : *361* ; de Douai : *54* ; d'Avesnes : *84* ; de Cambrai : *67* ; de Dunkerque : *48* ; d'Hazebrouck : *34* ; de Valenciennes : *88* (+ *3* indéterminés)] *388* seulement comptent parmi nos membres : Arrondissements de Lille : *192* ; de Douai : *30* ; d'Avesnes : *35* ; de Cambrai : *30* ; de Dunkerque : *38* ; d'Hazebrouck : *15* ; de Valenciennes ; *47*.

Compte-t-on donc, parmi nous, tant d'indifférents à la misère d'autrui, ou à soi-même, ou aux siens?... Je ne le crois pas, et je pense que beaucoup pèchent seulement par ignorance. J'en ai la preuve, bien fréquemment, au cours des conversations avec nos confrères.

Parmi les moyens de remédier à cette ignorance, on a proposé, dernièrement, de faire remettre à chaque jeune confrère, par les soins des secrétariats des facultés, le jour de la soutenance de la thèse, une brochure appelant l'attention sur les œuvres professionnelles, et, en particulier, sur l'Association et les Caisses annexes. Pour ma part, je n'ai plus aucune confiance en ce moyen de propagande. J'en avais eu l'idée, il y a quatre ans, lorsque je pris possession du secrétariat général de notre société et j'avais rédigé une notice à remettre à chaque jeune docteur, le jour de sa thèse. Le résultat, à mon étonnement, a été

(1) Rapport présenté à l'Assemblée générale de l'Association, le 23 juillet 1905, à Valenciennes.

nul : soit que le jour ait été mal choisi, et que, dans son triomphe, le jeune docteur ait autre chose de plus urgent ou de plus agréable à faire que de songer froidement à l'avenir et de le voir autrement qu'en rose ; soit que les appariteurs chargés de distribuer la notice négligent de le faire ; soit pour toute autre raison.

Je pense donc qu'il faut chercher ailleurs, et je crois que le meilleur moyen de propagande serait la réclame faite dans les journaux de médecine. Aucun d'eux, certainement, ne se refuserait à insérer gratuitement les quelques lignes nécessaires. Vu le grand nombre de journaux médicaux qui paraissent aujourd'hui, la réclame serait facilement quotidienne, incessante, c'est-à-dire remplirait les conditions nécessaires pour incruster profondément dans les cerveaux des médecins la notion de l'Association et de la nécessité de s'y inscrire.

En pareille matière, le choix d'une formule n'est pas sans importance ; le mieux, à mon avis, serait de l'adopter très courte et, sinon identique pour tous les journaux, au moins, si possible, toujours la même dans chaque journal ; par exemple, on pourrait prendre l'une des suivantes : « *Tous les médecins français devraient faire partie de l'Association générale de Prévoyance* »... « *Confrères, inscrivez-vous à l'Association générale de Prévoyance et aux Caisses annexes* »... « *L'Association générale de Prévoyance des médecins de France : Solidarité et prévoyance* »... etc... Une formule brève et unique se caserait facilement en *caractères typographiques saillants* dans les journaux et passerait aisément dans tous les numéros. On pourrait aussi utiliser des formules analogues à celles employées par le « *Concours Médical* » pour recommander ses œuvres filiales ou alliées ; ces formules sont plus explicatives, mais elles sont plus longues et, dès lors, on ne peut espérer les faire insérer gratuitement, dans tous les numéros.

En conséquence, d'accord avec les membres de la commission administrative de l'Association, j'ai l'honneur de vous proposer d'émettre le vœu suivant :

« L'Association de prévoyance et de secours » mutuels des médecins du département du Nord, » réunie à Valenciennes, le 23 juillet, en Assemblée » générale, émet le vœu que les journaux médicaux » veuillent bien faire de la propagande en faveur de » l'Association et des Caisses annexes, en insérant » une formule de rappel de leur choix qui devrait » être de préférence courte mais permanente. »

Ce vœu, si vous l'adoptez, sera transmis, d'abord, aux journaux médicaux de la région, puis au Bureau de l'Association Générale.

Sur la fréquence relative du Bothriocéphale dans le Nord de la France

par M. le Dr **Verdun**, professeur à la Faculté de Médecine de Lille

Une note de M. Thooris, parue en avril 1905 dans les comptes-rendus de la Société de Biologie, résumait les recherches entreprises, par cet auteur, pour se rendre compte si dans le régiment des chasseurs de Lille, dont le recrutement s'effectue en grande partie parmi la population minière du Nord, l'Ankylostome était un facteur, plus ou moins sérieux, d'indisponibilité.

Dans ce but, notre confrère a examiné, au microscope, les selles de quarante-quatre soldats se répartissant de la façon suivante :

1° dix recrues, travaillant à la mine avant leur entrée au régiment ;

2° vingt-quatre hommes, également tous mineurs, en activité de service depuis quelque temps ;

3° dix soldats pris au hasard et tous ouvriers de culture.

Dans chacune de ces catégories d'individus, la fréquence de l'helminthiase, considérée en bloc, c'est-à-dire en ne tenant pas compte de la nature des œufs observés dans les fèces, serait exprimée, respectivement, par les chiffres ci-dessous :

90 % dans le premier groupe,
45 % dans le deuxième et
20 % dans le troisième.

En conséquence, chez les trente-quatre soldats, *mineurs de leur métier*, qui composent les deux premières catégories, l'helminthiase intestinale figurait dans la proportion de 66 % et se décomposerait de la façon suivante :

Lombricose et Trichocéphalose. .	52.6 %
Ankylostomose	9 %
Bothriocéphalose.	4.4 %

Ce sont ces chiffres divisionnaires, fournis par notre estimé confrère, qui nous paraissent sujets à quelques réflexions. En effet, ils ne s'adressent pas à des soldats pris au hasard dans le régiment des chasseurs,

mais à une catégorie bien définie d'individus, c'est-à-dire à des soldats venant directement de la mine ou l'ayant quittée quelque temps auparavant ; ils ne représentent donc la fréquence de l'helminthiase intestinale que dans un milieu régimentaire déterminé, composé exclusivement de *soldats mineurs* et par suite peuvent être mis en parallèle avec ceux qui fournissent les examens faits avec les matières fécales provenant directement des mines.

D'après Thooris, les Ascaris et les Trichocéphales, pris en bloc, se voient chez les soldats mineurs dans la proportion de 52 %. A notre avis, ce chiffre est inférieur à la réalité. Pour l'Ascaris seul, nos examens nous ont fourni une moyenne de 45 à 50 %, pour le Trichocéphale, les nombres sont encore plus élevés et atteignent 90 à 95 %.

Nous devons cependant ajouter que ces derniers chiffres n'ont été obtenus qu'à la suite d'examens minutieux. Les œufs de Trichocéphales sont parfois, en effet, très rares, et il faut opérer de multiples et patientes recherches sur le même échantillon, avant de rencontrer dans le champ du microscope un de ces éléments. Si donc, nous faisons la moyenne de nos résultats, nous arrivons à un chiffre global plus élevé que celui donné par M. Thooris, pour une même catégorie d'individus, car nous ne pensons pas que le fait d'arriver au régiment, ou de séjourner quelques mois à la caserne, puisse modifier, surtout en ce qui concerne le Tricocéphale, la faune intestinale.

Le deuxième point sur lequel nous voudrions attirer l'attention est celui de la fréquence de la bothriocéphalose dans le milieu régimentaire (4. 4 % d'après Thooris).

On sait que le Bothriocéphale se transmet par l'ingestion de certains poissons (brochet, perche, lotte et certains salmonidés) dont la chair renferme la larve de cet Helminthe. Par suite la bothriocéphalose se cantonne dans les régions limitrophes des lacs et des mers dans lesquels vivent les hôtes intermédiaires.

Pour l'Europe il existe deux centres d'expansion. Le premier se trouve en Suisse et est constitué par les lacs de Genève, de Neuchâtel, de Bienne et de Morat, auxquels se rattachent des centres secondaires, comme les autres lacs de la Suisse, les lacs Majeur, de Côme, de Monato, de Varèse, dans le Piémont et la Lombardie (Haute-Italie) et le lac de Starnberg aux environs de Munich. Dans ce premier centre les chiffres ne sont pas très concordants. En effet, tandis que Zaeslin donne 10 à 20 % comme fréquence et Odier 25 %, Zschokk admet qu'à Genève on ne trouve la bothiocéphalose que chez 1 % des habitants. Une remarque intéressante à faire, c'est que l'anémie bothriocéphalique n'a pas été observée dans ce premier centre d'expansion.

Le deuxième centre se localise autour de la mer Baltique et des golfes profonds qui en dépendent. C'est encore dans cette zone qu'ont été décrits les cas d'anémie bothriocéphalique. C'est surtout au fond du golfe de Bosnie que cet helminthe est répandu : en Laponie sa fréquence atteint 100 % : tous les habitants, qui se nourrissent beaucoup de poissons crus, hébergent un nombre plus ou moins considérable de Bothriocéphales ; beaucoup sont anémiés.

En descendant vers le Sud, le parasite devient de moins en moins fréquent. Dans la région d'Angermann (Suède) on le retrouve chez 10 % des habitants, mais dans les provinces méridionales de la Suède il est plus rare. Le Bothriocéphale est aussi très répandu dans les provinces russes de la Baltique, autour des golfes de Finlande et de Riga. A Saint-Pétersbourg, sa fréquence est de 15 %. A Dorpat, Kesslerr donne comme chiffre 1,17 à 7,8 % ; Cruse, 6 % ; et Szydlowski 10 %. Sur la côte de la Prusse orientale cet helminthe reste assez commun parmi les populations du Kurische Nehrung et du Kurische Haff. Puis il diminue peu à peu, dans la Poméranie, le Hanovre, la Prusse occidentale, et enfin il deviendrait rare en Hollande et en Belgique.

Jusqu'ici la présence du Bothriocéphale dans le Nord de la France était considérée comme exceptionnelle. Notre prédécesseur M. Moniez avait cherché vainement les larves du parasite dans la chair des poissons de la région ; nous-même nous n'avons jamais trouvé un Bothriocéphale parmi les nombreux vers rubanés qu'on a soumis à notre examen. Le seul cas authentique que nous connaissions et qui n'a pas été publié, est celui de notre collègue M. Barrois. Cet unique échantillon de Bothriocéphale a été expulsé par une femme de Wattignies et fait partie de la collection du laboratoire de parasitologie de la Faculté. On conçoit d'après ces faits, que le chiffre de 4,4 % indiqué par M. Thooris pour la part qui revient à la bothriocéphalose dans l'helminthiase intestinale chez les soldats-mineurs a dû nous frapper par sa valeur élevée, car il semblait indiquer que des circonstances particulières avaient favorisé l'éclosion

d'un foyer dans le régiment des chasseurs de Lille.

Or, des renseignements que M. Thooris a bien voulu nous fournir, il nous semble résulter que le pourcentage indiqué ne correspond pas à la réalité des faits, parce qu'il porte sur un nombre trop restreint d'examens et qu'il fait croire à une fréquence qui n'existe pas.

Il s'agit, en effet, d'un seul cas de bothriocéphalose observé chez un soldat-mineur, très anémié et chez lequel, au lieu d'Ankylostome, notre confrère a trouvé des œufs particuliers qu'il a soumis à l'examen de M. le Dr Breton. Celui-ci a cru devoir les considérer comme des œufs de Bothriocéphale. Il est regrettable que les mensurations qui auraient pu lever tous les doutes, n'aient pas été fournies, car nous ignorons, si une fois le diagnostic posé, M. Thooris a procédé à l'expulsion du parasite et s'il a recueilli la pièce à conviction, c'est-à-dire le Bothriocéphale ou une partie de la chaîne. Quoi qu'il en soit, en admettant que ce cas soit nettement établi, nous persistons à croire, comme auparavant, que le Bothriocéphale est rare dans le Nord de la France et que l'observation de notre confrère est exceptionnelle. Nous sommes persuadé que plusieurs milliers de personnes pourraient être examinées sans fournir un seul fait positif. Dès lors, il nous semble téméraire de tenir compte de ce cas unique de Bothriocéphalose pour établir le pourcentage de l'Helminthiase intestinale dans les milieux régimentaires de Lille, car le chiffre de 4.4 °/o pourrait induire en erreur les zoologistes qui s'occupent de statistiques et de la répartition géographique des parasites humains.

A ce propos, nous signalerons encore une erreur qui pourrait avoir les mêmes conséquences funestes.

Nous lisons, en effet, dans l'avant-propos de la thèse de M. le docteur Tauchon, 1897, intitulée : « Lombricose et fièvre typhoïde ». « Mon ami, le docteur Tonnel, faisait à la même époque, dans le service de M. le professeur Wertheimer, une statistique pour le Bothriocéphale et sur 25 autopsies pratiquées par lui ou par ses externes à l'Hospice général, il trouvait onze fois des Bothriocéphales. »

Cette citation indiquait pour ce dernier parasite un pourcentage de 44 °/o, dix fois supérieur à celui de M. Thooris. En présence de ce chiffre vraiment extraordinaire, nous avons écrit à notre confrère M. le docteur Tonnel qui très obligeamment nous a répondu que dans la thèse du docteur Tauchon il a dû se glisser une erreur typographique, car dans ses autopsies il n'a jamais vu le Bothriocéphale, mais seulement le Tricocéphale et que c'est à ce dernier parasite que fait probablement allusion le docteur Tauchon.

Nous pouvons donc retenir, comme conclusion, que le Bothriocéphale est un Helminthe dont la présence est tout à fait exceptionnelle dans notre région lilloise et que, par suite, il ne peut entrer que pour une proportion tout à fait infime dans les statistiques sur l'Helminthiase intestinale.

L'hygiène à Biskra

par F. Malméjac

Docteur en Pharmacie, Pharmacien-Major de 2e Classe.

Notre but n'est pas d'étudier, dans ce modeste mémoire, les diverses questions d'hygiène qui peuvent intéresser Biskra, mais bien de signaler les observations qui nous ont été suggérées pendant un séjour de dix-huit mois consécutifs dans cette oasis.

Biskra est une petite ville de 8.000 habitants environ, coquettement située à l'entrée de l'oasis qui porte son nom, au sud des montagnes de l'Aures, au nord du Sahara français oriental, par 35°27' de latitude nord et 3°22' de longitude est, à 111 mètres d'altitude.

Sa population se compose de 5 à 600 Français ou naturalisés français, de 6.500 à 7.000 indigènes et de quelques israélites et étrangers : les Français, les israélites, les étrangers et un petit nombre d'indigènes habitent Biskra-Ville, les autres indigènes le Vieux-Biskra.

Au point de vue hygiénique il est nécessaire de séparer ces deux parties de la ville qui ne se ressemblent en rien. — Biskra-Ville (nord de Biskra) présente quelques habitations confortables, en pierre, bâtie à l'orientale, alignées le long des rues se coupant le plus souvent à angle droit, et formant ainsi un noyau autour duquel se trouvent quelques maisons arabes. De superbes jardins publics entourent cette partie de la ville.

Le Vieux-Biskra est exclusivement formé de maisons arabes construites en briques de toube, éparpillées le long des sentiers de l'oasis, au milieu de merveilleux jardins de palmiers.

Nous nous occuperons plus spécialement dans ce mémoire de la première partie de la ville, celle qui est visitée, tous les hivers, par des milliers de touristes, la seule où l'on puisse, avec quelques chances de succès, faire accepter et respecter certaines mesures d'hygiène.

A Biskra, comme partout ailleurs, l'hygiène dépend beaucoup : du climat, des ressources en eaux, du plus ou moins de confortable des habitations, de l'éloignement des matières usées, aussi allons-nous examiner rapidement

ces diverses bases de l'hygiène. Nous signalerons, chemin faisant, les quelques expériences que nous avons pu faire sur ces questions, avec les modestes ressources dont nous disposions.

1. — CLIMATOLOGIE

Le Climat de Biskra est particulièrement doux, sec et agréable pendant six mois de l'année, de novembre à fin avril, il est chaud en mai, juin et octobre, très chaud en juillet, août et septembre, où le thermomètre atteint 50° à l'ombre.

La pression atmosphérique est très régulière; en 18 mois nous avons vu le baromètre varier seulement de 745 à 765 et osciller, le plus souvent, de 755 à 760.

On peut dire qu'il ne pleut presque jamais à Biskra et que les pluies y sont très peu abondantes; c'est ainsi que dans le mois où il pleut le plus, on enregistre 25 à 35 millimètres de hauteur d'eau.

Les vents dominants sont ceux du N-NE en hiver et du SE en été. Le vent du S-SE, très chaud, vulgairement appelé sirocco, soulève parfois de véritables nuages de sable fin; dès qu'il souffle, la température augmente dans des proportions très sensibles, l'air est excessivement sec et chaud, la durée des maximums est prolongée, et la différence entre les maximums et les minimums est de quelques degrés seulement; ce sont là les journées les plus pénibles à supporter.

Le tableau suivant, qui renferme les moyennes des observations météorologiques de 1894 à 1898, permettra au lecteur de se faire une idée assez exacte du climat de Biskra.

MOIS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	OBSERVATION
Maximum . . .	15.77	19.12	22.25	25 »	29.4	35.7	39.73	38.2	34.3	28.6	20.7	16.76	Le vent du S.-S.-E. assez fréquent en été, est très rare en hiver.
Minimum . . .	6.40	7 17	9.96	13 »	15.9	22.2	24.60	24.5	21.7	16.7	12.1	7.30	
Pluie	4^{mm}70	4^{mm}0	39^{mm}3	16^{mm}6	18^{mm}7	2^{mm}0	1^{mm}0	0	0^{mm}6	11^{mm}8	11^{mm}8	4^{mm}4	
Vent dominant. .	N.-E.	N.-O.	N.	S.-E.	N.	S.-E.	S.-E.	S:-E.	S.-E.	N.-E.	N.-E.	N.-E.	

Si l'on compare le climat de Biskra à celui des autres stations hivernales réputées et, en particulier, à celui de Nice, il est facile de voir qu'il leur est infiniment supérieur. Les renseignements suivants empruntés au Docteur DICQUEMARRE ne laisseront aucun doute à cet égard.

MOYENNE DES ANNÉES 1886 à 1891 INCLUS, D'OCTOBRE à MAI

	MAXIMA	MINIMA	MOYENNES	PLUIE
Nice. . .	20.392	2.732	11.412	92^{mm}495
Biskra . .	21 429	8.914	14.942	17 429

De nombreuses malaladies sont justifiables d'un climat hivernal aussi régulier et aussi doux.

2. — HYDROLOGIE

La ville de Biskra est arrosée par une rivière large de 5 à 600 mètres : l'Oued Biskra, qui n'a que peu d'eau en hiver et très peu ou point en été. Durant nos 18 mois de séjour, nous n'avons jamais vu l'Oued Biskra couler à plein bord; au moment des plus grandes crues, son lit était sillonné en plusieurs endroits par des courants de 10 à 15 mètres de large sur 0 m. 50 à 1 m. 50 de profondeur.

Briska n'a pas eu besoin de son Oued pour assurer son alimentation en eau potable, elle a le bonheur de posséder des sources suffisantes.

Ces sources proviennent de la cuvette crétacée qui se trouve dans la plaine d'El-Outaya, au nord de Biskra, elles apparaissent au jour, en amont de cette ville, au contact des terrains crétacés et pliocènes sous les alluvions de l'ancien lit de l'Oued Biskra, à 250 mètres environ du lit actuel à 2 k. 500 en amont d'un ancien bordj-Turc en un lieu appelé, par les arabes : « Ain Raz-El-Ma ». Ces sources ont 26°5 à leur point d'émergence.

La question de l'eau étant encore plus capitale au Sahara que partout ailleurs, l'on pouvait penser que cette source serait l'objet des plus grands soins; il n'en a rien été. Au lieu de faire remonter le captage à la source vraie, à la source géologique, on s'est borné à enfermer les divers points d'émergence dans un fossé bâti mais non cimenté, de 0^{m}55 de profondeur, couvert de dalles sèches non lutées recouvertes sur 1^{m} de hauteur par des cailloutis et de la terre; pas de périmètre de protection, un simple talus en tenant lieu; c'est, comme on le voit, aussi rudimentaire que posssible.

Le drain ainsi constitué est fermé à l'une de ses extrémités, tandis que de l'autre il se continue jusqu'à un regard où se fait le partage des eaux entre Biskra-Ville et les Jardins du Vieux Biskra.

Il était du plus grand intérêt d'amener au regard toute l'eau captée, mais, au moment ou nous avons étudié cette canalisation, la maçonnerie du drain ayant cédé, une partie de l'eau se déversait dans la Séguia (ruisseau), causant ainsi une perte à la ville.

De là, l'eau est conduite à un marabout situé à 400^{m} environ du regard, par une canalisation semblable à celle du captage et coupée en deux endroits par deux grands trous de 6 mètres de long sur 2 mètres de profondeur, dans ces trous le drain à découvert est presque entière-

ment bouché. Heureusement un drain secondaire, bâti comme le premier, amène directement au marabout une assez grande quantité d'eau. De là, l'eau est conduite, à l'aide d'une canalisation en fonte de 2 k. de longueur, sans regard, à des bassins de décantation situés au nord et à 500 m. de la ville. Des bassins de décantation l'eau est distribuée à Biskra-Ville et au Vieux-Biskra par une canalisation en fonte.

Un tel captage et une telle canalisation ne pouvaient empêcher la souillure de l'eau. Pour nous rendre compte de l'importance de cette souillure, nous avons recherché la quantité de matières minérales et organiques que l'eau a pu dissoudre en parcourant la canalisation. A cet effet nous avons prélevé, en plusieurs points de cette dernière, divers échantillons d'eau qui ont servi à nos expériences; nous y avons dosé le résidu fixe à 100° et les matières organiques. Pour ces dernières nous avons employé le procédé au permanganate de potasse en milieu alcalin (Pdé Lévy).

Le résidu fixe à 100° a été trouvé de : 2 gr. 120 par litre au regard et de 2 gr.290 à son arrivée aux bassins de décantation.

Ce premier résultat prouvait que du captage aux bassins de décantation l'eau dissolvait 170 milligrammes de matières minérales.

Nous sommes loin ici des résidus admis pour les eaux potables, mais il faut savoir s'en contenter; du reste, si l'eau est légèrement purgative pour le nouveau venu, on s'y habitue vite et elle n'a pas mauvais goût.

Par temps sec sa pureté organique est remarquable et peut, à ce point de vue, la faire comparer aux meilleures eaux de France.

Le tableau suivant permettra de suivre sa souillure organique.

EAU DE LA SOURCE « RAZ-EL-MA » PRÉLEVÉE AU	Matières organiques en oxygène par litre (millim.-cubes)
Regard	0.8
A la Séguia	0.8
Au Marabout	1.2
A son arrivée dans les bassins de décantation	1.4
A sa sortie des bassins de décantation (bassins de droite	1.6
A sa sortie des bassins de décantation (bassins de gauche	1.0
Au robinet de la ville n° 1	1.2
Au robinet de la ville n° 2	1.4

Ce tableau montre, en effet, que cette souillure va en augmentant du captage aux robinets du consommateur; si elle est encore peu de chose par temps sec il en est tout autrement dès qu'il pleut, alors l'eau arrive en ville très trouble, chargée de matières organiques et minérales dissoutes et de matières terreuses en suspension. C'est ainsi qu'après un jour de pluie nous avons trouvé à un robinet, en ville, une eau qui donnait un résidu sec à 100° de 3 gr. 025 et 4,2 milligrammes par litre de matières organiques; 24 heures après que la pluie eut cessé ce même robinet fournissait une eau ne renfermant plus que 1,6 de matières organiques.

Tous ces chiffres prouvent que le captage et la canalisation des sources du « Raz-El-Ma » sont défectueux et qu'il est du plus grand intérêt pour la ville de Biskra de s'en occuper rapidement.

Il serait nécessaire de remonter le captage des sources à la source vraie, de lui assurer un grand périmètre de protection, de remplacer les drains bâtis non étanches, par une canalisation en fonte, de former le regard qui était, au moment de notre étude, toujours ouvert, et par suite, à la merci d'une main criminelle.

3. — HABITATIONS

(ÉLOIGNEMENT DES MATIÈRES USÉES)

Biskra-Ville possède quelques maisons confortables, bien bâties, largement aérées, qui conviennent très bien au climat hivernal de Biskra; l'été elles sont peu ou point habitées, leurs propriétaires allant estiver dans le Tell ou en France.

La grande majorité des habitations est tout autre et la plupart des maisons, mal aérées, ne comportent qu'un rez-de-chaussée surmonté d'une terrasse; l'on y voit encore quelques maisons arabes transformées par des européens qui leur ont conservé les cours intérieures et les moucharabis.

Nous sommes loin des somptueuses et hygiéniques habitations modernes, nulle part nous ne trouvons le souci des nuisances, c'est tout au plus si l'on a songé à réserver un coin pour les latrines qui sont, à de très rares exceptions près, installées d'une façon tout à fait défectueuse : jamais de chasse-d'eau, pas de canalisation, le plus souvent fosse plus ou moins étanche ou encore puits perdu.

Les maisons habitées par les arabes sont bâties en brique de toube; c'est le plus souvent une cour entourée de murs de 10 à 15 mètres de haut, et adossées à ce mur, de petites cases, toujours en toube, où logent, dans une promiscuité révoltante, des familles entières. Là, pas le moindre confort, pas la moindre hygiène; une seule ouverture sur la rue : la porte; les cases prennent jour sur la cour, elles sont surmontées de terrasses. Pas de latrines, l'habitant s'installe partout, mais de préférence dans la cour et sur les terrasses. Heureusement, le chaud soleil de ces contrées est un épurateur puissant qui dessèche rapidement et même stérilise ces matières usées, sans empêcher cependant, aux quartiers arabes, de posséder une odeur très caractéristique.

Au point de vue hygiénique tout est à faire; si nous laissons de côté le quartier habité par les touristes, quartier qui possède un rudiment d'égout, nous pouvons dire

que le reste de la ville, comme le Vieux-Biskra, en est entièrement dépourvu, ce qui rend difficile l'enlèvement des matières usées.

Durant l'été de 1903 le conseil d'hygiène de Biskra a émis le vœu que tous les cafés maures et autres établissements publics soient pourvus de tinettes mobiles dont le contenu serait transporté à la rivière par les soins de la ville; dix mois après nous quittions Biskra sans que ce vœu ait reçu un commencement d'exécution.

Cette solution pourra étonner en France, où l'on fait tout en grand, mais Biskra est une ville qui n'a pas les moyens de créer un réseau d'égout et de refaire sa canalisation d'eau ; du reste, de longtemps, elle n'aura l'autorité suffisante pour imposer aux indigènes une règle quelconque d'hygiène ; dans ce pays, il faudra toujours beaucoup compter sur le soleil.

On aura beau faire des règlements, instituer des conseils d'hygiène, des inspecteurs sanitaires, tout viendra se briser longtemps encore contre des habitudes séculaires et l'incurie des indigènes.

Malgré les divers inconvénients que nous venons de signaler, Biskra peut devenir, non seulement une station hivernale incomparable, mais encore une station thermale de premier ordre.

A six kilomètres de la ville se trouve, en effet, une source sulfureuse chaude qui avait fait donner à Biskra, par les Romanis, le nom de « Ad piscinam ». Cette source a toujours été très fréquentée des indigènes qui y viennent encore, en foule, de tous les points de l'Algérie.

La compagnie de l'Oued R'hir y a fait bâtir un hammam qui commence à être très fréquenté par les étrangers qui hivernent à Biskra. L'on étudie serieusement, en ce moment, un projet qui a pour but d'amener à Biskra l'eau de cette source.

De nombreuses analyses ont été faites, nous donnons ci-dessous la plus récente :

Température au point d'émergence		46° 2
» extérieure au même moment		33°
Degré hydrotimétrique total		92°
Résidu à 120°		7gr.990
Matières organiques en oxygène		0.002
Soufre en sulfure de sodium		0.016
Sodium	Chlorure	2.904
	Sulfate	1.780
Magnésie	Chlorure	0 110
	Sulfate	0.886
Chaux	Carbonate et bicarbonate	1.394
	Sulfate	0.876
Potasse-azotate		0 012
Fer-carbonate ou crenate (?)		0.006
Iode		0.003
Pertes		0.003
		7.990

Cette source n'a pas d'histoire, mais sa réputation auprès des indigènes et sa composition permettent de penser qu'elle doit posséder les propriétés thérapeutiques des eaux chlorurées sodiques sulfurées.

Comme conclusion à ces généralités sur l'hygiène à Biskra, nous dirons que cette oasis mérite d'attirer et d'arrêter l'attention des médecins pour le plus grand bien de la plus intéressante catégorie de touristes : les malades.

Le médecin et l'évolution sociale

Pour tout esprit qui se plaît un peu à la réflexion, il est évident et même banal que le but actuel des activités humaines est la suppression de la douleur, de la souffrance physique. C'est assurément de toutes les évolutions — car il y a *des* évolutions, malgré qu'une seule force évolutive — la plus curieuse. Et le médecin y est directement intéressé, lui que cette tendance universelle à la non-souffrance appelle à devenir la plus grande force sociale des temps futurs.

Certes, l'homme a toujours craint de souffrir ; et dans son être intime, il s'efforce depuis qu'il est, à éloigner les causes qui peuvent balançer son équilibre naturel. Mais divers éléments ont longtemps contrarié cette tendance si bien justifiée par la définition même de la douleur.

Pendant des siècles on s'est fait de l'héroïsme une idée que l'on croyait généreuse et qui était tout simplement inhumaine. Souffrir, même — et surtout — sans motif, aller au devant de la douleur, sans qu'elle fût nécessaire, ce fut l'idéal de ceux qui incarnèrent la société d'autrefois. Ce principe de la nécessité, de l'obligation, de la souffrance devait s'éclipser devant cette vérité lumineuse parce que naturelle et seule humaine : L'homme ne doit s'exposer à la douleur que si elle peut lui procurer — à lui ou à ses semblables — un bien plus grand et plus durable — Et l'humanité continuant sa lente mais merveilleuse évolution vers la vie idéale et parfaite voyait s'atténuer peu à peu cette vieille conception, que la douleur était fonction de la vie, lui était indispensable et que lutter contre elle était impie.

Petit à petit, des lois sociales s'élaborent, dont le but — à toutes, sans exception — est la diminution progressive des causes qui peuvent provoquer la souffrance. Lois sur l'hygiène publique, lois sur le travail, lois sur les retraites, traités d'arbitrages, premiers — et fragiles encore – jalons de la paix et de l'union internationale, tout cela a pour dessein de

faire un homme plus heureux dans une société meilleure. Et ce sera l'honneur des législations futures de ne plus s'occuper que des questions qui intéressent la vie, l'équilibre du labeur, la protection des faibles, la concorde générale.

C'est alors que le médecin, dans son rôle magnifique, deviendra la force la plus grande de la société, obligée, pour éviter toutes les causes de souffrance, à s'adresser à lui.

Et déjà, sa participation — en tant qu'hygiéniste et que sociologue — est prépondérante dans les affaires publiques. Il fait entendre sa voix dans les commissions extraparlementaires que l'Etat institue, pour la protection de l'enfance, la recherche des meilleures conditions du travail, l'enseignement, la prophylaxie des maladies contagieuses.

La presse elle-même lui rend un légitime hommage en donnant une part de plus en plus grande aux questions qui traitent de la santé publique. Et ces jours-ci, un journal du matin s'adressait à deux maîtres de la science médicale et leur demandait de rédiger des conseils aux mères de famille pour la conservation de la santé des leurs. Par les soins de ce journal la bonne parole scientifique pénétrait jusque dans les moindres hameaux du pays.

La justice, elle aussi, demande plus fréquemment le concours des lumières médicales pour les cas complexes de responsabilité. Et s'il est vrai, après Lombroso, que les criminels sont des irresponsables, il viendra un temps où le juge sera remplacé par le médecin, et le Code pénal par un recueil d'hygiène et de prophylaxie morale.

La récente communication à l'Académie du docteur de Fleury sur les méthodes éducatrices de l'enfant dont la paresse, la mauvaise conduite ne seraient qu'une tare névropathique, donne au médecin la première place dans les questions qui concernent l'éducation et l'enseignement, questions dont l'importance pour l'avenir n'est pas contestable.

Législateur, juge et instituteur, tel deviendra peu à peu le rôle du médecin. Il n'en est pas de plus beau. Il n'en sera pas de plus important ni de plus justement attribué.

A qui donc puisque l'homme ne veut plus souffrir, puisqu'il repousse la douleur source des désespoirs, faucheuse des idées d'amour et de fraternité, à qui donc s'adresserait-il pour le diriger, pour veiller à l'équilibre des corps sur qui se règle l'équilibre des âmes, si ce n'est au médecin, régulateur de l'humanité nouvelle qui se crée.

21 juillet 1905.

Le travail ci-dessus a été déposé à la rédaction par

.... un inconnu

Qui n'a point dit son nom, et qu'on n'a point revu.

Nos remerciements iront le trouver où il se cache ; et avec les nôtres ceux de nos lecteurs.

La Rédaction de l'*Écho Medical du Nord.*

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

1° A la dose de 1 à 2 grammes, le neuronal possède une action hypnotique réelle, particulièrement marquée dans l'insomnie simple, les insomnies des états maniaques et les insomnies de cause morale ou psycho-sensorielle ; cette action rend des services dans l'insomnie douloureuse et l'agitation automatique ;

2° Il ne s'accumule pas et peut être donné tous les jours pendant des semaines sans entraîner d'accident ; son accoutumance est faible, la suppression de l'hypnotique ne donne lieu à aucun trouble nouveau ; l'effet se prolonge pendant quelques jours ;

3° Son mauvais goût est assez prononcé, mais peut être masqué par une essence (citron, écorces d'oranges amères) ;

4° Le neuronal semble peu compter comme médicament contre les crises convulsives de l'épilepsie, contrairement à ce qu'en pensaient *a priori* les auteurs allemands ;

5° Les expériences physiologiques permettent d'ajouter qu'il n'a aucune influence nocive sur les fonctions de respiration et de circulation ; il paraît amener (à dose toxique) une paralysie des muscles striés et lisses (stase intestinale, etc.) ; le brome qu'il contient passe rapidement dans les urines et n'amène aucune éruption cutanée ; le passage du médicament dans le torrent circulatoire n'entraîne aucune modification dans la teneur du sang en globules, ni dans la configuration de ces derniers.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Communication de la syphilis par rapports sexuels. Responsabilité civile.

Voici un nouveau document à joindre à ceux qui nous ont servi déjà pour l'étude de la responsabilité civile encourue par l'avarié, en cas de communication de son avarie à autrui par relations sexuelles. (Voir *Echo médical du Nord*, 1903, VII, 141 et 214). C'est un jugement rendu par le tribunal civil du Hâvre, le 6 mars 1905.

Le tribunal : — Attendu que le principe général suivant lequel toute faute préjudiciable à autrui, soit qu'elle découle

d'un fait intentionnel, soit qu'elle résulte d'une simple imprudence, légèreté ou négligence, engage la responsabilité de l'auteur; reçoit son application en matière de transmission de maladies vénériennes, spécialement de la syphilis, comme en toute autre matière, alors même que la contagion ne serait pas intentionnelle, car, même dans ce cas, la propagation de la maladie, supposant la participation consciente de l'agent contaminé dans l'acte destiné à la transmettre, et dont il pouvait s'abstenir, apparaît comme la conséquence d'une intention de nuire, suffisante aux yeux de la loi pour le rendre responsable;

Attendu, néanmoins, que l'action en dommages-intérêts de la dame P... contre F..., basée sur la communication de la syphilis, ne saurait aboutir qu'à la charge, par la demanderesse, de prouver qu'elle est réellement atteinte du mal allégué; qu'elle a entretenu avec l'adversaire des relations de nature à amener ce mal, et enfin que F..., au moment où ces relations ont existé, était lui-même contaminé, et se savait ou pouvait se croire susceptible de transmettre la contagion;

Attendu que les documents produits ne laissent aucun doute, tant sur l'existance des relations intimes entre F... et la dame P... commencées au mois de septembre 1897, pour se continuer presque sans interruption jusqu'au 8 décembre 1904, que sur le caractère syphilitique de la maladie dont la demanderesse s'est trouvée atteinte; que la correspondance émanée de F... lui-même témoigne non pas seulement d'une intimité passagère, mais bien d'une liaison sérieuse d'amant à maîtresse entre la dame P... et lui, avec, de sa part, le langage d'un cœur vivement épris par l'état de santé de la personne aimée;

Attendu qu'on y trouve, en effet, des allusions fréquentes à une maladie connue des amants, jamais nommée, cependant, désignée seulement par voie indirecte, ou par signes ou des symptômes extérieurs qui nécessitent des soins et des médicaments à prendre, un régime à suivre, F... s'évertuant tantôt à consoler ou encourager sa maîtresse; maladie dont la nature spéciale révélée par les remèdes indiqués dans certaines lettres a été nettement précisée comme étant la syphilis par le médecin traitant de 1898;

Attendu que cette correspondance atteste, en outre, par maints détails caractéristiques ou maintes allusions transparentes, que F... était, lui aussi à la même époque, 1898, atteint du même mal; qu'il ne l'ignorait pas et qu'il l'a transmis; qu'ainsi, dès le 8 mars 1899, une lettre à sa maîtresse déclare qu'il n'a plus rien aux lèvres, tandis que le mois de juillet suivant, il se plaindra de vives souffrances, « un martyre causé par un bobo connu d'elle et placé à un certain endroit »; qu'une autre lettre en date du 23 mars s'exprime en ces termes: « Il ne faut pas te tourmenter, ma mignonne, à un point extrême; tu m'as vu moi-même très malade et aussi très malheureux, les soins assidus que je me suis donnés m'ont remis un peu sur pied, je dis un peu, car je ne suis pas encore bien guéri. En agissant de même, c'est-à-dire en te soignant bien, il n'y a pas de motifs pour ne pas te rétablir promptement »;

Attendu qu'une nouvelle lettre du 28 juillet répète les indications précédentes: « Ce que j'ai à la place que tu connais est la même chose que ce que j'ai eu il y a quelques mois; mais le traitement qui m'est ordonné est plus violent que celui de V... » (le médecin traitant la dame P... en 1898); et allant plus loin, contient, à propos des souffrances de sa maîtresse, le passage suivant: « Si tu es malade par ma faute, ma chère petite, j'en ai un grand chagrin; je veux compenser tes maux par mon dévouement et tous les sacrifices que tu exigeras de moi »;

Attendu que, dans les circonstances de la cause, d'homme à femme contaminés, tous deux vivant depuis de longs mois dans une intimité complète, alors surtout que, malgré les privautés de l'union libre, la communauté de mal n'a jamais, ainsi que la correspondance le démontre à suffire, altéré les sentiments d'affection de l'amant, ni même provoqué de sa part la moindre réflexion ou récrimination sur la conduite ou l'état antérieur de sa maîtresse, une telle formule de langage, précisée d'ailleurs par la construction grammaticale de la phrase, ne correspond pas seulement à l'impression d'une pensée dubitative sur l'initiateur du mal; c'est de la part du défendeur, l'aveu certain que, de ce mal, il en était porteur à l'état contagieux, et qu'il l'a, en effet, transmis;

Attendu que la preuve de la contamination involontaire étant ainsi établie, il ne reste plus qu'à rechercher si le contaminant se savait ou pouvait se croire susceptible ou non de transmettre sa maladie;

Attendu, à cet égard, que malgré les allégations de la dame P... sur les confidences de F... à diverses personnes d'Asnières, où résidait le ménage, au sujet de sa maladie, quelque favorables à la demande que soient d'autre par les vraisemblances, et quelque graves que soient les présomptions de responsabilité qui s'évincent des circonstances de la cause, notamment de la lettre du 28 juillet, dans laquelle l'auteur n'hésite pas à s'accuser d'une faute commise, il n'apparaît pas que la mesure complémentaire d'instruction sollicitée par la demanderesse soit inutile;

Attendu qu'il convient donc de recourir, sur ce point, à une enquête, en précisant toutefois qu'elle portera non sur les faits articulés, dont les uns sont d'ores et déjà établis, et les autres ne présentent pas le caractère de pertinence voulue par la loi, mais uniquement sur des faits tendant à prouver que le défendeur, personnellement atteint du mal communiqué à la demanderesse, se savait ou pouvait se croire à l'époque où celle-ci fut elle-même contaminée susceptible de le communiquer;

Par ces motifs: — Autorise la dame P... à faire entendre tous témoins utiles à l'effet d'établir qu'antérieurement ou à une date contemporaine à l'époque où les premiers symptômes de la contamination ont apparu sur sa propre personne, l'adversaire, soit par des confidences, déclarations, démarches, soit

autrement, se savait ou pouvait se croire en état de transmettre la contagion.

Ce jugement confirme également de tous points l'argumentation et les conclusions de notre étude précitée.

En rapprochant notre jugement du jugement du tribunal civil de la Seine, 29 janvier 1903 (*Echo médical du Nord*, 1903, VII, 214), on remarquera que bien qu'il s'agît, dans les deux espèces, de rapports entre amant et maîtresse, l'amant actionné devant le tribunal du Hâvre n'avait pas, comme l'amant actionné devant le tribunal de la Seine, opposé l'immoralité de ses rapports comme fin de non recevoir contre la demande de la maîtresse. C'est, sans doute, parce que le tribunal de la Seine avait repoussé victorieusement cette fin de non recevoir par cette constatation, que la demande en réparation du préjudice causé avait pour base et pour cause, non l'acte immoral accompli par la femme en se livrant à son amant, mais uniquement la faute commise par ce dernier qui s'était mis dans le cas de communiquer l'avarie dont il se savait atteint.

J. Jacquey.

Variétés & Anecdotes

Intoxication par les œufs

Il existe un petit nombre de personnes pour lesquelles les œufs constituent de véritables agents d'intoxication. Les accidents peuvent revêtir depuis la forme la plus bénigne, urticaire, jusqu'à la plus grave, vomissements, état syncopal, prostration et coma. Il s'agit là d'idiosyncrasies heureusement fort rares, mais qui ne doivent pas être méconnues, parce qu'elles sont l'indice presque certain d'une insuffisance rénale, ajoutons hépatique ou intestinale.

A ce sujet, l'observation publiée dans un des derniers numéros de la *Médecine moderne* est particulièrement suggestive. Elle concerne une jeune fille qui ne pouvait jamais prendre un œuf sans éprouver après le repas un malaise marqué, un état nauséeux, des renvois à goût sulfhydrique ; souvent aussi elle présentait des plaques d'urticaire, parfois des vomissements comme dans les cas précités. Lorsqu'elle prenait un œuf dissimulé dans un plat quelconque, elle éprouvait les mêmes malaises.

Comme c'était une personne fort énergique, elle voulut lutter contre cette pénible idiosyncrasie. Mais chaque fois qu'elle se forçait pour manger des œufs (même très frais et préparés de n'importe quelle façon), elle avait les mêmes accidents. Or, vers l'âge de 35 ans, elle commença à présenter des symptômes de brightisme. Les accidents consécutifs à l'absorption des œufs prirent alors une intensité extrême. Chaque fois qu'elle absorbait même un demi-œuf, elle était prise d'un malaise extrême allant jusqu'à la syncope, et presque toujours survenaient alors de très pénibles vomissements.

De cette observation il convient de rapprocher les faits suivants, que nous empruntons également au travail de M. Capitan :

Clemens, en Angleterre, vient de citer le cas d'un enfant âgé de 14 mois, qui, à la suite de l'absorption d'un blanc d'œuf, présenta tout à coup une urticaire aiguë et tomba dans le coma. Quinze jours après, l'enfant ayant pris de nouveau un blanc d'œuf, eut les mêmes accidents. Trois semaines plus tard, un gâteau contenant deux œufs produisit les mêmes accidents avec œdème considérable des pieds et taches ecchymotiques sur les membres. On constata en même temps de l'indicanurie.

Un autre fait rapporté par Miller n'est pas moins curieux. Il s'agit d'un enfant de 3 ans et demi qui, à la suite d'absorption d'œufs, fut pris de vomissements abondants, de pâleur extrême et d'une grande prostration.

Le premier auteur qui ait attiré l'attention sur les effets toxiques déterminés par les œufs est probablement Marcellus Donatus, qui, en 1856, rapporta l'observation d'un jeune homme qui ne pouvait manger un œuf sans que ses lèvres s'enflassent considérablement et que des plaques purpuriques apparussent sur la face.

Jonathan et Robert Hutchinson ont rapporté, en 1884, plusieurs cas dans lesquels les symptômes morbides furent si violents qu'on put croire un moment que le sujet avait été empoisonné. Dans un certain nombre de ces faits on reconnut que le malade avait des lésions rénales.

Enfin Morel Mackensie a publié un fait plus curieux encore : les mêmes accidents d'intoxication après l'absorption d'œufs furent observés chez des sujets d'une même famille, durant quatre générations successives. Chez tous, l'absorption d'œufs, même à l'insu de l'individu, déterminait un malaise marqué, de l'insomnie, du gonflement et de la contracture de la gorge, de l'œdème des paupières et une rougeur marquée de la face.

La conclusion à tirer de ces faits est que, toutes les fois qu'on relèvera des accidents dus à l'absorption des œufs, indépendamment de toute altération constatée, il conviendra d'exercer une surveillance particulière sur les fonctions rénales ou hépatiques. De même, il ne faudra pas oublier, lorsqu'on prescrira un régime alimentaire où les œufs prendront une place importante, de s'assurer de l'intégrité de l'émonctoire rénal. Enfin l'observation clinique, d'accord en cela avec les théories du docteur Combes de Lausanne, montre que les œufs, plus souvent les blancs d'œufs, sont mal tolérés par les malades atteints d'entéro-colites muco-membraneuses.

Ajoutons que M. Brocq a, à plusieurs reprises, attiré l'attention sur l'influence nocive exercée par les œufs dans un certain nombre d'affections cutanées.

Main molle

En Angleterre, quand on constate chez un jeune homme des mains épaisses, molles, humides, on considère cette disposition comme un mauvais signe. Les Anglais désignent ces

mains sous le nom de *helpless hands ;* elles présagent à ceux qui en sont affligés peu de succès dans la vie. Ce sont des mains prédestinées au malheur et à la déveine.

D'après le Dr Bérillon, il existe une corrélation entre les mains lourdes, molles et humides et l'état psychique qu'on peut désigner sous le nom général d'aboulie. Main molle veut dire absence de décision, d'énergie, de volonté. Cet état des mains s'observerait fréquemment chez les hystériques, chez les épileptiques et surtout chez les alcooliques. Cela expliquerait l'infériorité de ces sujets dans la lutte pour l'existence.

(*Méd. mod.*)

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Faculté de Médecine

Le service de la chaire de parasitologie sera assuré du 1er novembre 1905 au 31 mai 1906, de la façon suivante :

Parasitologie animale. — M. Verdun, professeur de zoologie médicale et pharmaceutique.

Parasitologie végétale. — M. Fockeu, professeur de matière médicale et botanique.

M. Deléarde, agrégé, est chargé, pour l'année 1905-1906, du cours de clinique des maladies des enfants.

M. Gaudier, agrégé, est chargé du cours de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

M. Lambret, agrégé, est chargé du cours de médecine opératoire.

M. Gérard, agrégé, est chargé de l'enseignement de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie élémentaires pour les élèves sages-femmes.

M. Bué, agrégé, est chargé du cours pratique d'accouchements pour les élèves sages-femmes.

M. Ingelrans, agrégé, est chargé d'un cours des maladies du système nerveux.

M. Bédart, agrégé, est chargé d'un cours d'anatomie, de physiologie et de pathologie élémentaires pour les élèves.

M. Caumartin, docteur en médecine, chirurgien-dentiste, ancien interne des hôpitaux de Lille, est nommé directeur de clinique et des travaux pratiques dentaires.

M. Gérard, agrégé, est nommé, pour l'année scolaire 1905-1906, chef des travaux anatomiques.

M. Bédart, agrégé, est nommé chef des travaux de physiologie.

M. Vallée, agrégé, est nommé chef des travaux de pharmacie.

M. Desoil, docteur en médecine, licencié ès-sciences, est nommé chef des travaux de micrographie et de parasitologie.

M. Demeure, licencié ès-sciences, est nommé chef des travaux de physique.

M. Vansteenberghe, docteur en médecine, est nommé chef des travaux pratiques de bactériologie.

M. Debeyre, docteur en médecine, est nommé chef des travaux pratiques d'histologie.

M. Louis, docteur en médecine, pharmacien de 1re classe, est nommé chef des travaux de chimie minérale.

M. Ricquiet est délégué dans les fonctions de chef des travaux de chimie organique.

M. Debeyre, docteur en médecine, est nommé aide de clinique chirurgicale des enfants.

M. Dubois, docteur en médecine, est nommé moniteur de physiologie.

Congrès international de pharmacie et de chimie de Liège

Notre collègue, M. le professeur E. Gérard, a été nommé vice-président d'honneur du Congrès. Nous sommes heureux de le féliciter de cette distinction qui est un honneur pour notre Faculté.

HOPITAUX D'ARRAS

Le poste de sage-femme en chef est vacant à la Maternité de l'hôpital d'Arras.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire de médecine, de Chirurgie, de Pharmacie et des Sciences qui s'y rapportent, par Emile Littré, membre de l'Académie française et de l'Académie de médecine, 21e *édition entièrement refondue*, par le Dr A. Gilbert, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. gr. in-8 de 2.000 pages à 2 col., avec 1.000 figures, publié en 5 fascicules : 25 fr. En vente : fascicules I et II. Prix de chaque : 5 fr. (Librairie J.-B. Baillière, et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Un grand travailleur, doublé d'un éminent praticien, le professeur Gilbert, vient de remanier le célèbre *Dictionnaire de médecine* de Littré de fond en comble, avec la collaboration du Dr Marcel Garnier, médecin des hôpitaux de Paris. Ils en ont fait une œuvre nouvelle et considérable (2.000 pages et 1.000 figures) bien à jour et qui, par suite, sera d'une extrême utilité non seulement pour les étudiants, voire même les médecins, mais aussi pour le public lettré. Les uns pourront y apprendre beaucoup de choses et être sûrs que les descriptions sont exactes et au courant de la science. Les autres y retrouveront souvent le détail oublié, le point particulier qu'on sait au moment et dont on ne se souvient plus après quelques semaines. De nombreuses figures nouvelles illustrent et éclairent le texte.

Il est bien difficile d'analyser ces deux premiers fascicules de 384 pages chacun. Ouvrons au moins au hasard.

Voici l'article *Appendicite.* En 80 lignes, la description de l'appendicite, de ses formes, de sa pathogénie et du traitement est faite très modernement avec toutes les grosses indications nécessaires, le tout accompagné d'une bonne planche. Un peu plus loin, une série de mots plutôt

mal ou pas connus, même des médecins : aproctie, aprosexie, aprosopie et apséphalésie ; ce qui signifie en bon français successivement : manque d'anus, impossibilité de fixer sa pensée, monstruosité caractérisée par l'absence de la face, et enfin abolition du tact avec conservation des autres sensibilités... Eh bien ! là, franchement, le dictionnaire sera fort utile à nombre d'individus, fussent-ils très diplômés.

Ces exemples sont très typiques pour montrer l'utilité de ce dictionnaire ; en voici un autre : l'article *Bactérie* occupe deux pages entières, dont l'une entièrement occupée par d'excellentes figures de préparation des principaux microbes. Le court résumé renferme pourtant toutes les groses indications sur les microbes et leur rôle ; les figures sont très-claires. Le tout naturellement mis au point des derniers travaux. Citons encore l'article *Caryocinèse* (orthographié ainsi), où la division cellulaire est clairement décrite et illustrée de bonnes planches.

Ces quelques exemples montreront tout l'intérêt de ce nouveau dictionnaire qui, on le voit, est complètement mis au point, article par article, sans compter toutes les terminologies nouvelles qui y figurent.

Le texte est fort lisible et chaque mot se détache bien.

Il est inutile de souhaiter bonne chance à ce livre qui va retrouver son grand succès de jadis, mais on peut vivement féliciter le professeur GILBERT et son collaborateur GARNIER de cette intéressante et si utile œuvre de vulgarisation précise et moderne sous une forme aussi condensée que possible.

Dr CAPITAN.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Le suc gastrique, extrait du porc vivant, son emploi en thérapeutique**, par le docteur M. HEPP.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

31e SEMAINE, DU 30 JUILLET AU 5 AOUT 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	8
3 mois à un an	15	8
1 an à 2 ans	2	1
2 à 5 ans	2	3
5 à 20 ans	2	5
20 à 60 ans	11	16
60 ans et au-dessus	10	14
Total	49	55

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	5	9
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	1	»	»	3	»	»	»	»	»	1	8	7
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	1	»	»	1	7	»	»	»	1	»	5	17	12
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	1	2	1	»	2	4	1	»	»	»	»	2	16	13
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	1	2	»	»	»	1	1	»	2	9	5
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	2	1	»	3	»	»	»	»	»	4	13	13
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	3	19
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	6	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	»	1	»	»	7	»	»	»	»	»	3	15	14
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	1	»	5	»	»	»	»	»	1	9	5
Total	»	»	»	»	»	11	»	»	7	1	3	6	6	4	5	32	1	»	2	2	»	21	101	105

N° 449. Neuvième Année. N° 34. Le Numéro : **10** centimes 20 Août 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Le rein tuberculeux polykystique chronique

Par MM. les Professeurs **Carlier** et **Curtis**

La forme anatomique particulière de tuberculose rénale que nous décrivons dans la présente étude ne paraît pas avoir été signalée jusqu'ici par les auteurs. On rencontre bien dans les mémoires spéciaux, et dans les comptes rendus des Sociétés savantes, des indications relatives aux transformations kystiques du rein au cours de la tuberculose, mais la plupart de ces altérations, décrites parfois sous le nom de reins kystiques tuberculeux, n'ont rien de commun avec celles que nous avons observées. Elles sont destructives et toujours d'origines caverneuses, alors que, dans notre cas, il s'agit de productions kystiques véritables associées à de la tuberculose. Pour mieux mettre en évidence ce fait, il nous suffira de rappeler brièvement quelques exemples très rares, d'ailleurs, de reins kystiques ou polykystiques tuberculeux que nous avons pu recueillir au cours de nos investigations bibliographiques (1).

Dans les *Bulletins de la Société anatomique*, KLIPPEL (2) en 1893, relate une observation classée sous le titre de rein tuberculeux kystique.

Si toutefois l'on se rapporte au texte, on constate qu'il s'agit dans ce cas d'un vieux rein caséo-caverneux devenu kystique par élimination totale de sa matière caséeuse et transformation de cavernes en poches fibreuses à minces parois. C'est d'ailleurs l'interprétation que l'auteur lui-même donne des lésions, qu'il décrit avec beaucoup d'exactitude. En 1901, JEAN PETIT et LORENZO (3) communiquent une nouvelle observation intitulée : « Tuberculose kystique du rein, sans pyonéphrose. » Ce cas est encore un exemple de transformation kystique par évacuation du contenu ramolli de cavernes. C'est, pour ainsi dire, la même lésion que celle décrite par KLIPPEL, mais à un stade moins avancé ; les cavernes renferment encore ici des masses de matière caséeuse à l'état de bouillie, en voie d'élimination.

(1) Nous n'avons trouvé dans la littérature étrangère aucun document relatif à notre cas.

(2) KLIPPEL. *Bulletin de la Société anatomique*, Paris. 1893.

(3) JEAN PETIT et LORENZO. *Société anatomique*. Paris, 1901, p. 616.

Tuffier (1), dans son excellent mémoire sur la tuberculose rénale, signale le premier l'hydronéphrose tuberculeuse, à liquide clair, sans complication de pyonéphrose. On conçoit qu'une altération de ce genre puisse transformer le rein en une véritable poche liquide, soit en atrophiant l'écorce par compression, soit en se combinant à des lésions ulcéreuses des pyramides, comme dans le cas de Repin. Mais toutes ces modifications n'auraient encore rien de commun avec celles que nous avons observées et qui consistent en une transformation kystique vraie du parenchyme rénal envahi simultanément par des tubercules.

Il ne s'agit donc, dans notre cas, ni d'un vieux rein caséo-caverneux devenu kystique par évacuation de son contenu, ni d'une distension hydronéphrotique simple, ou compliquée de nécroses destructives, mais bien d'un rein frappé d'une véritable néphrite interstitielle kystique, associée à de la tuberculose. Ces deux processus pathologiques sont dans notre rein si intimement mêlés l'un à l'autre que le problème de leur dépendance réciproque se pose de lui-même, et s'il est difficile de le résoudre par de simples vérifications anatomiques, il n'est pas impossible, croyons-nous, de l'élucider, en soutenant nos constatations histologiques par les faits expérimentaux connus.

Emile L..., 27 ans, entre fin janvier 1903, à la maison de santé. Fils de parents actuellement très âgés et très bien portants, L..., a eu cinq frères et une sœur qui sont tous morts en bas-âge; un seul serait mort de méningite, les autres ont succombé à des affections gastro-intestinales. Le malade n'a jamais eu une robuste santé, il a fait une scarlatine à neuf ans, les oreillons à vingt ans, jamais il n'a toussé. Lorsqu'il passa au conseil de revision, il fut déclaré bon pour le service militaire. C'est de cette époque ou à peu près que datent les premiers troubles urinaires qu'il éprouva.

Tout au début il y eut seulement de la fréquence, aussi bien diurne que nocturne, mais bientôt la douleur se manifesta, elle ne devait plus disparaître pendant les sept années que dura la maladie. Ce ne fut d'abord qu'une légère cuisson qui accompagnait les mictions, la cuisson siégeait à l'extrémité du gland, et plus encore au périnée, et là elle siégeait manifestement du côté gauche, tout contre le pli génito-crural, dans tout l'espace compris entre les bourses et l'anus, avec maximum au voisinage de l'anus. Le malade était dans cet état lorsqu'il entra au régiment. Les fatigues du service militaire ne tardèrent pas à exagérer la fréquence des mictions et les douleurs. L... devait à chaque instant demander à quitter le peloton d'exercices pour satisfaire ses besoins, il s'en plaignit au médecin qui décida son entrée à l'hôpital militaire. Comme ses urines étaient déjà troubles, on porta le diagnostic de cystite chronique. Pendant assez longtemps, L... fut soumis dès lors à une médication locale active qui ne fit qu'aggraver les douleurs, en sorte qu'après quatorze mois de séjour au régiment, il obtint une réforme temporaire avec un congé d'un an. Ce repos n'améliora pas l'état du malade qui, son congé terminé, dut rejoindre son régiment. Il se plaignait toujours des mêmes douleurs qu'autrefois, aussi fut-il autorisé à faire un service dans les bureaux pendant les six mois qu'il devait encore passer sous les drapeaux.

Après sa libération du service militaire, l'état de L... persista en s'aggravant chaque année. Les douleurs qui primitivement n'apparaissaient que lors des mictions, étaient devenues permanentes, toujours aux endroits signalés plus haut. Elles avaient en outre des paroxysmes, véritables crises qui survenaient trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, surtout la nuit, et dont la durée atteignait souvent deux et même trois heures. Tous ces symptômes s'accentuèrent d'année en année, au point que, pendant les trois mois qui précédèrent son entrée à la maison de santé, le malade ne dormait plus. Le décubitus dorsal était devenu intolérable, à cause des vives douleurs au périnée; celles-ci étaient moins aiguës lorsque le malade était assis ou couché sur le ventre. C'est à ce moment que le docteur Huyghe, de Dunkerque, m'adressa le malade.

Etat à l'entrée, janvier 1903. — L'état général est assez bon, bien que le malade dise avoir un peu maigri depuis quelque temps. Les mictions sont extrêmement fréquentes, la nuit comme le jour, toutes les demi-heures environ, mais lors des crises, c'est toutes les quatre ou cinq minutes que L... doit uriner et cela aussi bien la nuit que le jour. Les mictions sont très douloureuses, toujours surtout au niveau du gland et au périnée, mais tandis que la douleur du gland cesse dans l'intervalle des mictions, la douleur du périnée est permanente. Je constate que cette douleur a son maximum tout le long de la branche ascendante de l'ischion, avec irradiations vers le haut de la face interne de la cuisse et à la partie postéro-latérale gauche du scrotum. Il n'existe aucune douleur à droite, dans les régions correspondantes. Ces douleurs, ainsi qu'il a été dit plus haut, sont beaucoup plus vives lorsque le malade est couché que lorsqu'il est assis ou debout. *Jamais il n'y eut la moindre douleur des reins, jamais d'hématurie* ; le malade est très affirmatif sur ces deux points.

Grâce à une anesthésie locale tant par la voie urétro-vésicale que par la voie rectale, je puis examiner la vessie au cystoscope. Je suis assez surpris de pouvoir injecter aisément soixante-dix à quatre-vingts grammes d'eau boriquée, ce qui me permet de faire les constatations suivantes : la vessie était simplement un peu congestionnée, surtout dans la région du trigone et du col vésical ; l'orifice uretéral droit paraissait sain et ses éjaculations normales, mais à gauche la zone uretérale était le siège d'une *ulcération* grisâtre, à bords irréguliers, et qui m'a paru présenter les dimensions d'une pièce de deux francs. Le pour-

(1) Tuffier. *Archives générales de médecine*, 1892.

tour de l'ulcération était rouge, d'aspect tomenteux. Je ne puis parvenir à découvrir l'orifice de l'uretère.

Cette constatation cystoscopique impliquait que la vessie n'était, dans ce cas, qu'indirectement en cause et qu'il devait s'agir d'une lésion du rein gauche, malgré l'absence de toute douleur spontanée de ce côté.

En effet, la palpation des reins, négative à droite, permet de constater du côté gauche un rein très augmenté de volume. L'extrémité inférieure du rein descend au niveau de l'ombilic, son bord interne reste distant de deux travers de doigt de la ligne médiane. L'organe est très gros dans son diamètre antéro-postérieur, et une pression un peu brusque détermine de la douleur. La partie supérieure du rein n'est pas appréciable au palper, on sent simplement l'organe toujours très gros s'enfoncer dans l'hypochondre.

Les urines uniformément troubles ne s'éclaircissent guère par le repos. Le dépôt forme un doigt d'épaisseur au fond du vase, il est blanc, léger, avec quelques petits grumeaux de la grosseur d'une tête d'épingle. Les urines sont acides au moment de l'émission, elles sont abondantes, environ trois litres par vingt-quatre heures. J'en recueille une certaine quantité aseptiquement, et les adresse au laboratoire du Professeur CURTIS pour une analyse bactériologique.

Voici le résultat de l'examen fait par le Professeur CURTIS lui-même : 1° après centrifugation de quatre minutes, on trouve un grand nombre de leucocytes de toutes variétés, polynucléaires et mononucléaires, et des cellules épithéliales. 2° Le pus ne contient pas de microorganismes vulgaires, une préparation colorée à la Thionine ne laisse voir ni coli, ni staphylocoques, ni streptocoques. 3° Une lamelle avec dépôt colorée au Ziehl chlorhydrate d'aniline alcool laisse voir çà et là des bâtonnets rouges ayant tous les caractères du bacille de Koch. Ces bacilles sont les uns libres, les autres accolés ou même situés dans des leucocytes. Aucun doute sur l'existence d'une tuberculose.

Il restait dès lors à connaître la valeur fonctionnelle du rein droit pour proposer une néphrectomie. L'analyse chimique des 1700 C^3 d'urines émises en vingt-quatre heures donne les résultats suivants : Réaction acide, D. 1015, urée 22 grammes par litre, soit 37 grammes pour vingt heures, chlorures 5 gr. 625 par litre, phosphates 1 gr. 85, albumine 1 gramme par litre, soit : 1 gr. 70 par jour, sucre 0.

L'épreuve du bleu de méthylène est également probante en faveur de l'intégrité du rein droit, maximum à la cinquième demi-heure, durée de l'élimination 51 heures. Enfin la division des urines, essayée avec le diviseur de Cathelin, ne permit aucune conclusion, le malade n'ayant pu le tolérer pendant un temps suffisant. Mais l'examen cystoscopique m'avait permis d'affirmer l'existence du rein droit. Il s'agissait donc bien d'une tuberculose rénale gauche, avec intégrité du rein droit, et intégrité complète du côté du poumon, des épididymes et de la prostate. Le malade ne fit d'ailleurs aucune difficulté pour accepter l'idée d'une opération.

Néphrectomie lombaire le 6 février 1903. Je fais l'opération en présence de mon collègue le professeur DUBAR. Le malade est endormi au chloroforme. Incision curviligne de Guyon, 12me côte longue. On tombe vite sur le rein, la dénudation de son extrémité inférieure est relativement simple, mais je rencontre de grandes difficultés pour la moitié supérieure de la glande, car le rein est très volumineux, et sa partie supérieure remonte très haut sous la coupole du diaphragme, on renonce même momentanément à la libération complète du pôle supérieur du rein, dans l'espoir qu'après section de l'uretère et du pédicule vasculaire l'organe sera plus mobilisable. A noter ici que, dès qu'il fut décortiqué, le rein apparut recouvert d'une série de kystes qui lui donnaient une singulière ressemblance avec le rein polykystique classique à tel point que, n'était la certitude du diagnostic émis, j'eusse éprouvé quelque hésitation à continuer l'opération.

La recherche de l'uretère se fait assez aisément, on le sectionne le plus bas possible entre deux pinces. L'uretère est de la grosseur du petit doigt, distendu par du pus, ses parois sont épaissies. Le bout supérieur est relevé avec le bassinet derrière le rein, et un clamp est glissé jusqu'au pédicule vasculaire qui est saisi entre ses mors. Le pédicule est sectionné d'un coup de ciseaux, mais un énorme jet de sang artériel se produit aussitôt qui prouve que le clamp a dérapé. Devant cette éventualité et le volume du rein s'opposant à toute inspection du hile, je n'hésite pas à sectionner complètement le rein en deux un peu au-dessus de sa partie moyenne. Une nouvelle pince est réappliquée sur les vaisseaux et c'est alors l'affaire de quelques instants de détacher la moitié supérieure du rein des parties ambiantes. Toutes ces manœuvres, exécutées très rapidement, ont fait que l'hémorrhagie n'a pas été importante, mais ce fut au prix de la contamination de la plaie. Le reste de l'opération, ligature du pédicule vasculaire, ligature de l'uretère au catgut après cautérisation ignée du moignon uretéral, assèchement et désinfection de la plaie au chlorure de zinc, sutures musculaires et cutanées, tout cela ne présenta rien de particulier. La plaie fut très largement drainée, puis pansée aseptiquement. Durée de l'opération 55 minutes.

Les *suites opératoires* furent simples en tant que fonctionnement du rein droit. Le lendemain de l'opération le malade émit 500 grammes d'une urine encore un peu trouble, le troisième jour un litre d'urine absolument limpide, le quatrième jour et les jours suivants entre 1.700 et 2.000 grammes d'urine qui resta depuis très limpide. Mais l'infection de la plaie par la section du rein eut des suites fâcheuses, la plaie resta infectée, et pendant trois semaines la température oscilla entre 37°6 et 38°8. Puis le thermomètre revint à la normale, avec réapparition de ci, de là, de quelques accès fébriles. La plaie mit longtemps à se cicatriser, et le malade conserva pendant plus d'un an une fistule purulente, évidemment tuberculeuse. Enfin la fistule guérit et depuis un an la santé de

L... est absolument parfaite. Revu tout récemment, (26 avril 1905), l'ancien malade a maintenant des urines tout-à-fait limpides, sans trace d'albumine — celle-ci avait d'ailleurs disparu dans les quinze jours qui suivirent l'opération — ; la vessie vue au cystoscope est saine et l'ulcération périuretérale gauche est complètement cicatrisée.

Les douleurs ont cessé le jour même de l'opération. Pendant l'hiver de 1903, après avoir pris froid, le malade sentit un peu sa vessie, mais quelques suppositoires calmants eurent vite raison de cette sensibilité. Actuellement, il urine pendant le jour toutes les trois ou quatre heures, sans la moindre douleur, et les nuits se passent entières sans que le besoin se fasse sentir. L'état général est excellent, depuis longtemps le malade a repris toutes ses occupations, et on peut, en somme, le considérer comme un homme dont la santé est parfaite.

Description anatomique de l'organe. — Le rein qui nous a été remis est volumineux, il pèse environ 400 gr., mesure 16 à 17 cent. de long sur 10 de large.

Toute la surface de l'organe est irrégulière, bosselée par un grand nombre de kystes disséminés ou réunis en groupes plus ou moins étendus. Ces kystes mesurent de 2 à 3 mill. jusqu'à 1 centim. de diamètre. Ils ne sont nulle part absolument cohérents, ni greffés les uns sur les autres, comme cela se voit dans le rein polykystique congénital, mais ils restent isolés, tangents tout au plus par leurs bords, formant ainsi des groupes entre lesquels apparaît la surface rénale congestionnée, couverte de fines ramifications vasculaires.

Les parois des cavités kystiques sont transparentes, ou légèrement opaques et blanches, suivant que leur contenu est simplement aqueux, citrin, ou plus dense et déjà louche. — En général ce sont des kystes à contenu clair qui sont les plus nombreux de beaucoup et couvrent à peu près tout l'organe ; ceux à contenu épais ne se voient qu'au voisinage de son pôle supérieur.

A la coupe on constate immédiatement des lésions très profondes, sur toute l'étendue du parenchyme rénal ; mais principalement sur les régions papillaires et pyramidales. Dans ces points il existe tout d'abord un certain nombre de grandes cavernes de forme conique, telles qu'on les voit d'ordinaire dans les reins tuberculeux avancés.

C'est sur l'une des extrémités de l'organe, la supérieure, que se rencontrent exclusivement ces grosses lésions destructives. On y constate en effet côte à côte deux grandes cavités larges d'environ 3 cent., en forme de pyramide à base périphérique, remplies de matière caséeuse et qui, détergées, laissent voir une paroi épaisse, tomenteuse. C'est la caverne rénale type. Tout autre est l'aspect des régions moyennes et surtout inférieures de l'organe.

Les lésions ulcéreuses se réduisent ici à de petites cavernules ayant envahi la pointe des pyramides de Malpighi ; c'est à dire les régions papillaires. Tout le reste du parenchyme, pyramide, colonne de Bertin et corticale sont indemnes de toute lésion caverneuse, mais non pas d'altérations cavitaires. C'est qu'en effet dans toutes ces régions la surface de coupe présente une infinité d'orifices kystiques sur toute son étendue. Ces kystes que nous avons déjà décrits à la surface de l'organe se retrouvent à son intérieur avec leurs mêmes variétés de dimension et leur contenu clair et citrin. Leur répartition est difficile à définir. Ils existent assez nombreux dans la corticale et les colonnes de Bertin où ils atteignent jusqu'à un centimètre de diamètre, se réduisant ailleurs à des dimensions microscopiques. Ils se groupent également dans la zone intermédiaire, autour des vaisseaux, et descendent dans la pyramide jusqu'au voisinage des régions papillaires.

La différence entre les dilatations kystiques et les cavités tuberculeuses est très accentuée, même à la simple inspection à l'œil nu. Les productions kystiques vraies se reconnaissent à leurs bords minces, enchâssés directement dans le parenchyme, leur forme arrondie, leur contenu clair, caractères tout opposés à ceux des lésions tuberculeuses. Parfois des kystes ont été secondairement envahis par le processus tuberculeux, soit en totalité, soit partiellement. Cette modification se reconnaît déjà à la coupe par l'épaississement partiel des parois kystiques.

En somme l'organe que nous avons sous les yeux est un rein tuberculeux caverneux dans sa partie supérieure ; ulcéreux dans ses régions papillaires, mais fortement modifié en outre dans son aspect par une transformation kystique vraie de tout son parenchyme, analogue à celle qu'on observe dans certaines néphrites interstitielles chroniques. Cette transformation donne à première vue à l'organe une certaine ressemblance avec le rein polykystique congénital ; ressemblance qui, sans doute ne résiste pas à un examen anatomique détaillé, mais suffisant cependant pour égarer l'opérateur qui pour la première fois tiendrait en mains un organe aussi profondément modifié.

Examen histologique. — Résumé. — Les lésions histologiques constatées sont complexes et variées. On peut les résumer de la manière suivante :

1° Il existe des lésions tuberculeuses étendues ;

2° Des altérations scléro-kystiques de tout le parenchyme ;

3° Des dégénérescences épithéliales de nature diverse.

1° Pour tout ce qui a trait à la tuberculose, elle se manifeste dans cet organe par toutes les formes du granulome tuberculeux, depuis le follicule primitif isolé ou agminé, jusqu'aux gros tubercules nécrotiques, caséeux, et enfin par la production de cavernes. Le pôle supérieur est le plus atteint, et renferme deux véritables cavernes à contenu caséeux et ramolli. Le pôle inférieur paraît à l'œil nu presque intact, mais on y trouve des lésions tuberculeuses microscopiques. Les altérations tuberculeuses se répartissent suivant deux régions distinctes.

Elles sont d'abord corticales, et celles-ci sont les plus anciennes, les premières en date. La région médullaire et les pyramides paraissent atteintes secondairement.

Les papilles sont en effet le siège d'excavations, de véritables petites cavernules, d'où l'infection bacillaire gagne par voie rétrograde la pyramide elle-même, dans laquelle s'est développée une tuberculose d'allure particulière. Celle-ci est juxta-canaliculaire, d'abord, puis intracanaliculaire par effraction des parois propres des tubes collecteurs. Ces derniers sont pénétrés de dehors en dedans par des bourgeons tuberculeux volumineux qui végètent à leur intérieur et les oblitèrent parfois totalement.

2° Les lésions interstitielles sont très prononcées. Elles sont représentées, tantôt par de la sclérose ancienne, tantôt par des foyers d'infiltration aiguë à grandes cellules irrégulières, épithélioïdes, avec prédominance de leucocytes mononucléaires. La sclérose est surtout remarquable par sa dissémination en plaques irrégulières, au voisinage des vaisseaux et du système glomérulaire.

Les glomérules présentent tous les degrés de la glomérulite aiguë et chronique, avec épaississement de la capsule de Browman, aboutissant à l'oblitération totale et à la transformation fibreuse du peloton vasculaire. Au milieu de ces tissus sclérosés se montrent de toutes parts des kystes de dimensions variables, les uns microscopiques, les autres atteignant jusqu'à un centimètre de diamètre. Ces cavités sont des kystes véritables et non pas des cavernes dilatées, elles présentent les parois propres évidentes formées par une limitante mince et un revêtement épithélial continu aux cellules plus ou moins aplaties suivant le volume de l'ectasie tubulaire. L'origine tubulaire d'ailleurs est évidente. On trouve tous les intermédiaires depuis le tube simplement dilaté jusqu'à la véritable cavité kystique. Il s'agit donc ici d'une véritable transformation scléro-kystique, telle qu'on la trouve dans certaines néphrites interstitielles.

Par l'étude détaillée de la répétition de ces lésions, et de leurs connexions avec les foyers tuberculeux, nous avons pu démontrer qu'elles sont bien liées à la présence du processus tuberculeux, comme nous l'établirons dans un mémoire ultérieur.

3° Les altérations épithéliales consistent en dégénérescence hyaline des épithéliums ; prédominant dans les régions scléreuses, et la production fort abondante de boules sarcodiques, phénomène que, malgré des travaux récents, nous considérons dans certains cas comme parfaitement pathologique.

En résumé nous arrivons à cette conclusion que nous sommes dans le cas présent en présence d'une forme particulière de tuberculose rénale primitive au sens chirurgical du mot qu'on pourrait appeler le *Rein Tuberculeux polykystique chronique*. Cette forme ne paraît pas avoir été signalée jusqu'ici par les auteurs, car il ne faut pas confondre avec elle les cas de transformations kystiques du rein par altérations caverneuses ou hydronéphrotiques anciennes.

Le rein polykystique tuberculeux est remarquable cliniquement par chronicité ; anatomiquement, par son volume et la multiplicité de ses productions kystiques, qui lui donnent une certaine ressemblance avec le rein polykystique congénital. La connaissance de cette forme anatomique de tuberculose rénale importe au chirurgien, car sa ressemblance avec ce rein polykystique congénital pourrait arrêter la main de l'opérateur qui pour la première fois se trouverait en présence d'un organe aussi profondément modifié.

Note préliminaire sur le Contrôleur du pouls du Pr. Gaertner (de Vienne) et son emploi en Chirurgie

Par M. le Docteur **H. Gaudier**, Professeur-Agrégé.

Ayant vu fonctionner, en Suisse et en Allemagne, le contrôleur du pouls de Gaertner, j'ai désiré en contrôler dans mon service par moi-même les résultats, en juger l'utilité pratique, et le présenter ainsi aux lecteurs de l'*Echo* en connaissance de cause (1).

Description de l'appareil. — Il ne fonctionne pas comme le sphygmographe ; mais enregistre l'expansion de l'avant-bras, à chaque ondée sanguine.

Il se compose essentiellement d'un cadran, que nous étudierons plus loin, et d'un bracelet métallique composé de deux demi-anneaux elliptiques qui par leur réunion complètent le bracelet.

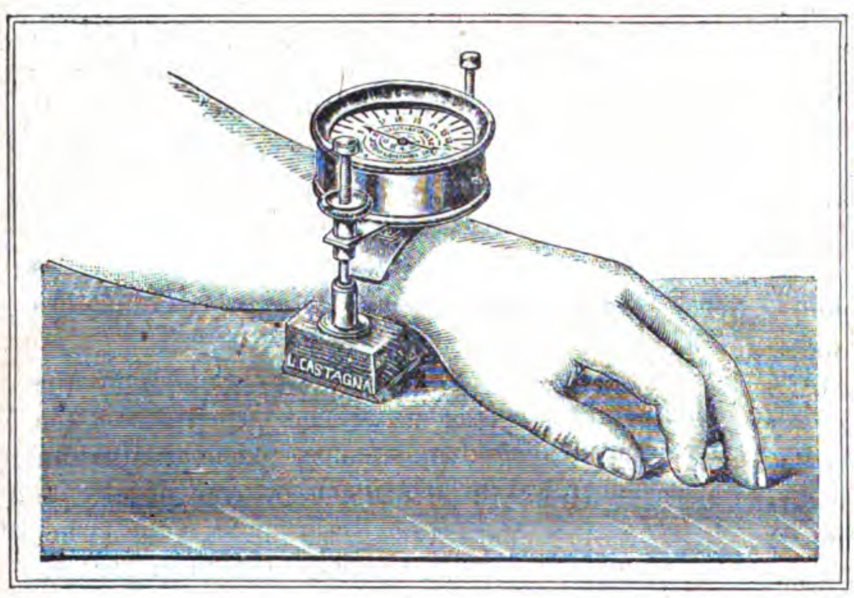


Fig. 1

Ces demi-anneaux sont disposés verticalement : l'inférieur fixé sur un socle en bois dont la face supérieure épouse sa forme, tient aussi latéralement à deux montants métalliques verticaux, dont l'extrémité supérieure est en pas de vis.

Le supérieur peut se mouvoir sur ces deux montants au moyen de deux vis de réglage qui permettent de le descendre au contact de l'inférieur.

Ce demi-anneau supérieur peut pivoter autour d'un des montants métalliques, et permettre ainsi en découvrant l'anneau inférieur le passage de l'avant-bras.

Le cadran métallique est fixé sur la face supérieure convexe de l'hémi-anneau supérieur. Celui-ci en son sommet est percé d'un orifice par où passe, faisant saillie sur la face concave (qui sera en rapport avec la peau de l'avant-bras), une pointe mousse, saillant de quelques millimètres, et qui transmettra, par un mécanisme approprié situé dans le cadran, les mouvements du pouls amplifiés environ 600 fois.

Ces mouvements seront traduits par une aiguille visible sous un verre de montre à la face supérieure du cadran qui a 8 centimètres de diamètre.

Ce cadran est divisé en 18 sections, et chaque partie en 20 degrés. Cette division d'ailleurs étant purement conventionnelle.

Modes de fixation. — L'appareil se place d'habitude sur l'avant bras, celui-ci, pouvant être, au gré des circonstances, en pronation ou en supination. En tout cas, la position la meilleure est celle qui doit être la plus naturelle, la moins forcée.

On peut fixer l'appareil en un point quelconque de l'avant-bras, entre le coude et le poignet. D'après l'épaisseur du membre, on choisit la place convenable, que l'on reconnaît à ce que le diamètre du membre remplit exactement l'anneau elliptique. Il ne doit pas rester de vide entre le bras et l'hémi-anneau supérieur, qui doit s'appliquer exactement sur toute l'étendue de la peau. D'autre part, latéralement, les tissus ne doivent pas trop faire saillie sous l'influence de la pression.

Chez l'homme à avant-bras fort, on place l'appareil au-dessus du poignet ; chez les maigres sur le milieu de l'avant-bras. Si le bras est par trop mince on intercalera des compresses, avec lesquelles on peut aussi remplir les creux qui se forment sur les membres des sujets très osseux et maigres. Chez ces sujets, il faut éviter de mettre l'appareil directement au-dessus du poignet, sur les os saillants, car il y serait mal supporté.

Le bras en abduction et l'appareil reposent en général sur une petite table à côté du lit d'opération.

(1) Je dois remercier la maison Drostein, de Bruxelles, de la complaisance avec laquelle elle m'a procuré le « Contrôleur du pouls ».

Cette table doit être à niveau variable, de telle sorte que le membre y repose dans toute son étendue, bien horizontalement, sur le même plan que le corps et sans gêne de la circulation. Si la table n'est pas à hauteur variable, on y suppléera avec des coussins (Fig. 1).

Il est bon de fixer, dans certains cas, la main sur la table, avec des courroies, ou avec des lacs, fixés de la manière la plus convenable.

Dans le cas où on ne pourrait placer l'appareil sur l'avant-bras, on le fixe sur la jambe, au-dessus du cou de pied.

Emploi de l'appareil. — L'appareil ayant été ouvert, l'hémi-anneau supérieur tournant autour du montant latéral, comme une charnière, l'avant-bras sera placé à l'intérieur du bracelet. On referme alors, et on serre les deux vis, jusqu'à ce que le collier supérieur s'applique exactement sur l'avant-bras. L'aiguille du cadran ne bouge pas encore. On serre alors lentement et doucement, jusqu'à ce que l'aiguille tourne et prenne une certaine position d'oscillation, correspondant à chaque pulsation. Par tâtonnement, serrant une vis ou l'autre, on cherche le point qu'il faut atteindre où les oscillations ont la plus grande amplitude, et sont par conséquent le plus visibles au chloroformisateur (Fig. 2).

Le contrôleur du pouls enregistre des pulsations que le doigt ne percevrait pas, ou ne percevrait qu'avec peine. Pendant l'anesthésie profonde, les pulsations sont d'ordinaire très fortes, et se traduisent sur le cadran par des oscillations qui peuvent comprendre deux sections et plus.

L'amplitude de l'oscillation mesure la force du pouls. On peut ainsi voir très nettement, à tout instant, si le pouls est petit ou fort, rapide ou lent.

Chaque irrégularité du rythme cardiaque se constate aisément. L'influence de la respiration peut se faire sentir sur les oscillations de l'aiguille en augmentant leur amplitude, principalement quand il existe de la dyspnée.

Au contraire, quand la respiration est calme et superficielle, cette influence est minime ou même fait complètement défaut.

Les indications de l'appareil peuvent être faussées par des causes que nous allons signaler.

On peut voir au début du fonctionnement, l'aiguille revenir à 0. Ceci tient à ce que les vis n'ont pas été suffisamment serrées, et on y remédie facilement en resserrant jusqu'à ce que les oscillations soient stables. Il ne faut pas s'inquiéter, si la main après l'application de l'appareil présente un certain degré de cyanose qui disparaîtra aussitôt l'appareil enlevé.

Une seconde source d'erreurs réside dans les oscillations anormales causées par la contraction des muscles pendant la période d'excitation. On pourrait y remédier en fixant la main par des courroies ou en la faisant maintenir par une infirmière.

Le professeur GAERTNER a inventé son appareil,



Fig. 2

frappé par ce fait, que de plus en plus rarement l'on surveillait le pouls pendant les opérations et aussi du contrôle peu sérieux qu'exerce un observateur fatigué par la prise du pouls pendant une longue intervention. Il arrive à ne plus sentir le pouls du malade, surtout lorsque celui-ci faiblit, et ne perçoit plus que le sien.

L'emploi que je viens d'en faire m'a démontré le bien fondé de ces observations. Le chloroformisateur a devant lui le « manomètre » de la circulation de son malade; et l'on s'habitue vite à suivre, aux oscillations de l'aiguille, les variations soit physiologiques, soit pathologiques (hémorragies) du pouls, pendant une intervention chirurgicale. C'est une grosse assurance donnée au chirurgien, et quoique peu partisan de la complication du matériel opératoire, j'estime

que ce contrôleur, tel que ou modifié (1), rendra de grands services.

Il ne demande qu'un peu de pratique, pour apprendre à le placer convenablement, et éviter ainsi les causes d'erreurs signalées plus haut.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 28 Juillet 1905

Présidence de M. Noquet, vice-président.

Tumeur de la mâchoire inférieure

M. **Dubar**, d'Armentières.— J'ai l'honneur de présenter à la Société une petite malade dont je résume l'observation :

K... Antoinette, âgée de 5 ans 1/2, présentait au mois de juillet 1904 au niveau de la gencive recouvrant la canine du côté droit une tumeur de la grosseur d'un noyau de cerise.

L'enfant avait en outre de la déviation de la face, ce qui effraya beaucoup sa mère.

Cette tumeur fut excisée trois semaines après au bistouri, elle dut récidiver aussitôt car huit jours après on y fit des pointes de feu qu'on renouvela à cinq reprises.

Cette enfant me fut présentée en décembre, c'est alors que je la fis photographier. Actuellement il semblerait que la photographie eut atténué l'aspect de la tumeur plutôt qu'elle ne l'eut fait ressortir.

Toujours est-il qu'à cette époque il y avait une tumeur partant de la gencive supérieure, rejetant les ailes du nez du côté gauche, allant jusqu'au niveau du bord orbitaire inférieur ; la tumeur était mal délimitée du côté externe.

Il n'y avait pas de ganglions dans la région cervicale.

Je fis l'opération aussi large que possible. Elle fut très laborieuse, je dénudai complètement l'os au niveau des mâchoires et de l'aile du nez, l'extraction fut plus facile en dehors. Je refermai la plaie après m'être assuré qu'il ne restait plus rien de suspect.

Tout alla bien jusqu'au mois de mai, époque à laquelle réapparut un petit nodule au-dessous de l'apophyse zygomatique. Ce nodule s'accrut avec rapidité et je m'empressai de le réopérer. L'extraction en fut très facile et la guérison est restée complète à ce niveau.

Au cours d'un examen que je pratiquai sur le malade avant de l'opérer une seconde fois, je sentis dans toute la région sous-mentonnière, une quantité de ganglions assez durs et également répartis du côté droit et du côté gauche, je fis part à l'entourage de mes craintes, mais je ne crus pas pour cela pousser l'intervention jusqu'à les énucléer tous.

Cependant les ganglions augmentèrent rapidement et vous voyez aujourd'hui dans quel état l'enfant se trouve. Je n'ai pas encore commencé la radiothérapie, mais il me semble que chez elle, c'est la seule pratique qui puisse nous donner un peu d'espoir.

La tumeur de la joue n'est réapparue qu'il y a huit jours.

L'examen histologique montre que l'on a affaire à un sarcome composé en majeure partie de cellules rondes jeunes rappelant les éléments du sarcome embryonnaire. Ailleurs, des éléments à noyaux plus volumineux, enfin en d'autres endroits, les cellules sont plus vieilles à noyaux allongés et la disposition fasciculée s'ébauche.

En somme, sarcome à tendance maligne.

Le tissu musculaire, envahi par les éléments de la tumeur, est dissocié faisceaux par faisceaux en certains points.

M. **Le Fort** s'étonne de l'absence d'extension de l'adénopathie. Il est très rare qu'il en soit ainsi.

M. **Noquet** demande de quelle époque date la dernière intervention.

M. **Le Fort** conseille dans un cas semblable la radiothérapie. Celle-ci a donné d'excellents résultats entre les mains d'un élève de M. Dubar, M. Leclercq, qui a déposé, sur ce sujet, un mémoire très intéressant pour le prix des amis de l'Université.

Guérison opératoire du décollement de la rétine

M. **Dubar**, d'Armentières. — Je présente un malade ayant subi une double iridectomie dans le but de pallier à un décollement de la rétine à gauche et d'en prévenir un autre à droite. Le résultat qu'en a obtenu le malade est médiocre. La vision est troublée par des iridectomies beaucoup trop larges. Dans les cas où l'iridectomie est nécessaire, l'iridectomie linéaire répond aux mêmes indications et n'a pas les inconvénients dont se plaint si vivement le malade. Au surplus l'iridectomie n'a aucune action sur le décollement : seules les injections sous-conjonctivales de sérum et l'électrolyse peuvent amener la guérison opératoire du décollement de la rétine.

Prostatectomie transvésicale pour hypertrophie de la prostate

M. **Carlier**. — Je présente à la Société une prostate toute entière enlevée, il y a un mois, par la vessie. La particularité à signaler est la présence d'un beau lobe médian en forme de croupion de poulet et qui, comme vous le voyez, fait partie intégrante de la prostate enlevée.

Bien que le malade fût assez gros, avec une paroi abdominale épaisse, l'opération s'est faite sans incident et en très peu de temps. Les suites opératoires ont été simples, et le malade est actuellement guéri. La rétention d'urine

(1) M. le docteur D'Halluin qui m'en a causé tout récemment doit actuellement modifier dans un sens plus pratique et plus économique le contrôleur de Gaertner.

était presque complète avant l'opération, aujourd'hui le malade vide à peu près sa vessie, le résidu n'est plus que de cent grammes. Il n'est pas douteux que la vessie reprenne intégralement ses fonctions. Quant à l'urèthre, il est dans un état parfait et admet facilement un n° 55 Béniqué.

Deux néphrectomies pour tuberculose rénale

M. Carlier. — Voici deux reins tuberculeux que j'ai enlevés, l'un il y a six semaines, l'autre il y a quinze jours. L'un appartient à une jeune fille de vingt ans, qui m'avait été adressée par mon confrère le docteur Baroux (d'Armentières). Le rein droit était volumineux, les urines extrêmement troubles, et les mictions fréquentes au point de se répéter tous les quarts d'heure. La malade avait de la fièvre. Comme la division des urines n'avait pas donné de résultat absolument démonstratif en faveur de l'intégrité complète du rein gauche, je fis d'abord une néphrotomie qui permit de donner issue à 4 ou 500 grammes de pus contenu dans trois énormes poches que je réunis les unes aux autres. Puis l'état général s'étant relevé et la division des urines m'ayant démontré cette fois l'intégrité du rein gauche, je fis une néphrectomie secondaire. Mais il fallut la faire sous-capsulaire, car le rein adhérait de partout. Même lorsque je voulus décortiquer l'extrémité supéro-interne de l'organe, je constatai qu'elle était adhérente, très adhérente à une anse intestinale grêle que j'eus beaucoup de peine à détacher. La malade est actuellement à peu près guérie de son opération, le rein gauche est sain, mais la vessie est encore malade.

Vous pouvez voir sur ce rein quatre grosses cavernes vides, et une encore remplie de magma caséeux. Rien ne démontre mieux l'insuffisance de la néphrotomie pour guérir de telles lésions.

L'autre rein appartenait à une fillette de dix ans, complètement guérie aujourd'hui de son opération. Son cas est un peu spécial et j'y reviendrai plus tard à propos d'une communication que j'ai l'intention de vous faire sur la tuberculose rénale de l'enfant. Ce rein est farci de cavernes et de cavernules, il a pu être enlevé facilement par la voie lombaire et avec sa capsule,

Tumeur de l'orbite

M. Le Fort. — La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société de Médecine est une tumeur de l'orbite que j'ai eu l'occasion d'enlever à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service de M. le professeur Folet.

Le malade qui portait cette tumeur était entré dans le service de M. le professeur Baudry, qui le suivait depuis quelque temps déjà.

Voici l'observation rédigée d'après les notes qu'a bien voulu nous confier M. le professeur Baudry.

F..., Epiphane, 45 ans, maréchal, habitant Templeux-la-Fosse (Somme).

Antécédents héréditaires : mère morte en couches, père bien portant, deux enfants en bonne santé.

Antécédents personnels : bronchite à 14 ans, aucune autre affection depuis.

Il y a quatre ans, il reçoit un coup de jarret de cheval dans la région oculaire droite pendant qu'il ferrait. L'œil devient rouge, et, un mois après, commence à grossir. Le malade rapporte qu'il ressentait de fréquentes douleurs en arrière de l'œil jusqu'au moment où l'exophtalmie est apparue ; elles ont cessé depuis.

F... se présente pour la première fois à l'hôpital le 9 avril. Il y a projection de l'œil en avant, sans déviation, chimosis léger de la conjonctive bulbaire à la partie inférieure. Légère sécrétion conjonctivale.

L'iris est normal et réagit bien. Les muscles fonctionnent, mais les mouvements sont limités dans toutes les directions surtout en dehors. Les deux tiers du bulbe sont saillants entre les paupières écartées. *Il n'y a pas de battements.*

A la palpation, on sent en arrière du globe une tumeur dure, paraissant indépendante de la paroi orbitaire, faisant saillie à la partie externe de l'orbite où on la voit d'ailleurs repousser la paupière inférieure.

Larmoiement par suite de déviation du point lacrymal.

Rien du côté du nez et des sinus. Pas de ganglions.

Pas de douleurs spontanées ni à la pression. Pas de photophobie, quelquefois des papillons devant les yeux.

Acuité visuelle V O G.... 1
V O D.... 1/8

Le malade entre le 29 mai dans la section de M. le Professeur Baudry. A ce moment, un nouvel examen de l'acuité visuelle donne V O G.... 1
V O D.... 1/6

F... est envoyé dans le service de M. le professeur Folet, qui a bien voulu nous confier le soin de l'intervention nécessaire. M. le professeur Baudry nous a fait l'honneur d'y assister.

Opération le 3 juin. — Comme l'œil parait intact et que la tumeur est rétro-oculaire, je me propose de pratiquer l'opération de Krönlein. Incision temporo-orbitaire, courte, section à l'ostéostome d'un volet osseux, rabattement du volet en dehors. La tumeur s'étend loin, elle paraît assez nettement limitée. Disséquée au doigt et aux ciseaux elle engaine le nerf optique et s'étale derrière l'œil auquel elle paraît adhérer. Il est impossible de conserver l'œil qui est enlevé en bloc avec la tumeur et le nerf optique. Le fond reste douteux, aussi le volet osseux est-il enlevé. Sutures cutanées.

Les suites sont simples ; réunion rapide par première

intention, mais apparition rapide de masses néoplasiques bourgeonnantes dans l'orbite.

Le 22 juin, je pratique une nouvelle intervention, et M. le Professeur BAUDRY veut bien m'éclairer de ses conseils.

Ablation aux ciseaux de toute la masse néoplasique qui est déjà plus grosse qu'une noisette. Curage complet de l'orbite. La section des parties molles est faite au niveau du trou optique et de la fente sphénoïdale, elle porte pourtant encore sur du tissu dur et infiltré, très probablement néoplasique. Cautérisation au thermo, pince à demeure sur l'artère ophtalmique.

Suites très simples.

Le malade quitte l'hôpital le 6 juillet, et déjà la récidive marche à grands pas, il n'y a plus à songer à une autre opération, P... est inopérable.

Au point de vue clinique, cette observation est intéressante par le mode de développement de cette tumeur à marche d'abord lente, puis foudroyante. Il semble que l'intervention chirurgicale n'ait fait que donner un coup de fouet à la néoplasie.

Au point de vue histologique, l'examen ne manque pas d'intérêt, et M. RICHE va vous montrer les coupes de la tumeur et vous donner sur sa nature et son origine son opinion et celle de son maître, M. le professeur CURTIS, qui a bien voulu se charger de l'analyse microscopique de ce rare néoplasme.

M. **Riche**. — La tumeur est située à la partie postérieure de l'œil et forme un véritable manchon autour du nerf optique, elle est adhérente à la gaîne de ce nerf, mais lorsque l'on fait une dissection de cette dernière l'on voit que le nerf optique n'est nullement intéressé par la production néoplasique. Cette tumeur mesure deux centimètres d'épaisseur, sur trois centimètres de largeur et deux centimètres et demi de hauteur.

Les coupes furent pratiquées à la partie médiane de la tumeur. Lorsqu'on examine les préparations on pourrait, à première vue, prendre ce néoplasme pour un épithélioma pavimenteux, venu de la conjonctive ; en effet, les cellules sont grandes, bien développées, munies d'un noyau qui se colore bien par l'hématoxyline et d'un protoplasma abondant ; de plus, toutes ces cellules sont disposées en lobules de dimensions variables, séparés les uns des autres par de fines travées conjonctives. Mais lorsqu'on regarde à un plus fort grossissement on voit que les cellules sont beaucoup plus allongées que les cellules épithéliales, de plus elles ne sont pourvues d'aucunes crénelures telles que celles que l'on trouve dans la couche muqueuse de MALPIGHI, et sur le bord des lobules on peut voir que les cellules deviennent de plus en plus effilées, prennent l'aspect de cellules fusiformes avec des prolongements protoplasmiques, elles se séparent en certains points les unes des autres, laissant entre elles de petits intervalles et formant ainsi sur des points plus ou moins nombreux de petites plages de faisceaux cellulaires réticulés, il est impossible dans un examen minutieux de rencontrer dans les coupes des productions analogues à des globes cornés tels que ceux que l'on rencontre dans les épithéliomas pavimenteux. Au contraire dans le centre de certains lobules on peut rencontrer des lumières vasculaires autour desquelles sont disposées concentriquement tout un amas de grandes cellules qui ont tous les caractères des autres cellules de la tumeur, celles-ci forment même, dans la majorité des points, la paroi des vaisseaux. Nous voyons donc qu'il s'agit ici non pas d'une néoplasie épithéliale mais d'une production endothéliale développée soit aux dépens de la gaîne lymphatique périvasculaire, soit aux dépens mêmes de l'endothélium des lymphatiques des prolongements méningés du nerf optique. *(A suivre).*

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Accidents du Travail

Refus, par l'ouvrier, de subir une opération peu dangereuse

La question de savoir quelles doivent être, pour l'ouvrier victime d'un accident du travail, et au point de vue de la fixation de l'indemnité qui peut lui être due, les conséquences de son refus de se soumettre à une opération chirurgicale déterminée, est une de celles que nous avons déjà étudiées dans notre dissertation sur l'aggravation volontaire des blessures (*L'Echo Médical du Nord*, 1903, VII, 53). Commentant le principe que « l'ouvrier a l'obligation légale de se laisser soigner », nous avons établi que la portée pratique de cette obligation était de nature à varier suivant les circonstances, et nous avons montré qu'en ce qui concerne spécialement l'obligation pour l'ouvrier de subir une opératisn chirurgicale, les tribunaux distinguaient suivant que l'ouvrier pourrait avoir ou non des raisons sérieuses de se refuser à l'opération proposée.

Les tribunaux ont persisté dans leur jurisprudence initiale, et voici deux décisions récentes, l'une de la cour de Douai, en date du 10 avril 1905, et l'autre de la cour de Grenoble, en date du 15 avril 1905, qui la confirment explicitement.

Cour de Douai, 10 avril 1905. — « Attendu qu'il ressort des documents de la cause, notamment du rapport des médecins experts, que la capacité du travail de l'ouvrier Lévêque est diminuée de 15 0/0, mais que cette diminution pourrait être réduite de moitié si le blessé subissait l'amputation de la dernière phalange de l'index droit ;

Attendu que, si un ouvrier est fondé à se refuser à subir une opération difficile et dangereuse, dont le résultat peut être incertain, il ne saurait se soustraire à une opération exempte de toute gravité ;

Attendu que Lévêque n'entend pas se soumettre au traitement indiqué par les docteurs qui lui donnent des soins ; que l'ablation d'une phalange ne présente aucun danger et qu'on ne saurait faire supporter par le chef d'industrie l'aggravation due au mauvais vouloir du blessé ; qu'une partie de la réduction du salaire procède de la blessure même, et le surplus du fait de l'ouvrier ;

Par ces motifs : — La Cour réduit à 93 fr. la rente à payer à Lévêque ».

Cour de Grenoble, 15 avril 1905. — « Attendu qu'il ressort des documents de la cause et notamment du rapport du docteur Perriol, expert commis, que Médici a eu, le 7 janvier 1904, la main gauche prise dans un engrenage ; que trois doigts ont été lésés et particulièrement le troisième, dont la phalange inguinale a été broyée ; qu'il est résulté de la blessure du troisième doigt une cicatrice rendue douloureuse par des aiguilles osseuses qui gênent le mouvement des autres doigts, empêchent le bon fonctionnement de la main gauche et laissent à Médici une incapacité de travail que l'expert considère comme devant être sensiblement diminuée, si Médici consentait à se laissait désarticuler une phalange du troisième doigt de la main gauche, opération que l'expert déclare insignifiante et le risque tellement faible que l'on doit conseiller à Médici de la subir ;

Attendu que Médici se refuse actuellement à subir cette opération, qu'il avait d'ailleurs lui-même réclamée à l'origine et, par son refus, prolonge la gêne que la phalange blessée apporte au fonctionnement de la main gauche, en augmentant l'incapacité de travail ;

Attendu que, si un ouvrier est fondé à se refuser à subir une opération difficile et dangereuse, dont le résultat peut être incertain, il n'est pas fondé à se soustraire à une opération exempte de gravité ; que l'ablation d'une phalange d'une main ne présente pas un danger sérieux, et qu'il serait rigoureux de faire supporter par le chef d'industrie l'incapacité de travail dont une partie seulement résulte de la blessure et même le surplus du fait de l'ouvrier ;

Attendu que les premiers juges ont évalué à 30 0/0 la diminution de capacité subie par Médici ;

... Qu'il y a lieu d'évaluer à 15 0/0, dans les limites indiquées par l'expert Perriol, la diminution de la capacité... »

Rapprocher : Ollivé et le Meignen, *Les Accidents du Travail*, nos 491 et 627. J. JACQUEY.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Traitement arabe de l'attaque de l'épilepsie.

« Un indigène tombe sur la voie publique, en proie à des crises de mal comitial. Vite un de ses coreligionnaires se précipite, lui enlève sa babouche et la lui fourre sous le nez pour le faire revenir à lui. Voilà certes un traitement de l'épilepsie qui n'est point banal ».

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française a désigné Lille comme siège de sa prochaine réunion en août 1906. M. le professeur GRASSET, de Montpellier, comme son président ; M. le docteur CHOCREAUX, médecin en chef de l'asile de Bailleul, comme son secrétaire général.

Voici le titre des rapports qui seront présentés au Congrès de 1906 et le nom des rapporteurs :

1° Psychiatrie. — *Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés.* Rapporteur : docteur DIDE, de Rennes.

2° Neurologie. — *Le cerveau sénile, étude neurologique.* Rapporteur : docteur A. LÉRI, de Paris.

3° Médecine légale. — *La responsabilité des hystériques.* Rapporteur : docteur AUTHEAUME, de Paris.

Notre Carnet

Le jeudi 17 août ont été célébrées à Paris, église Saint-Eustache, les cérémonies du mariage du docteur Charles DAMIENS, d'Hersin-Coupigny (Pas-de-Calais), avec Mademoiselle Jeanne LAROCHE. Nous adressons nos meilleurs souhaits de bonheur et de prospérité aux jeunes époux.

— Le docteur L. FAUVERGHE, de Roubaix, nous fait part de la naissance de sa fille CLOTILDE. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

— Le docteur BOUVIER, de Savonnières - en - Perthois (Meuse), nous fait part de la naissance de ses fils ROGER et JEAN. Nos meilleurs souvenirs et souhaits pour la mère et les enfants.

HOPITAUX D'ARRAS

Le poste de sage-femme en chef est vacant à la Maternité de l'hôpital d'Arras.

BIBLIOGRAPHIE

Guide formulaire de thérapeutique générale et spéciale, par le Dr HERZEN, 3e *édition*, 1 vol. in-18 de 812 pages, cartonné : 9 fr. (Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Le formulaire du Dr HERZEN est conçu dans un esprit très pratique qui lui a assuré dès son apparition un succès sans précédent, auprès des étudiants et des praticiens. Ce formulaire a pour but de donner au médecin un schéma des cas particuliers qu'il peut être appelé à soigner. Les formules sont simples et bien choisies. L'auteur a adopté l'ordre alphabétique des maladies, qui permet de s'orienter facilement dans un cas donné. La thérapeutique de chaque maladie embrasse les diverses phases qui demandent un

traitement spécial, les diverses formes, les complications, les symptômes dominants.

Il a paru bien des formulaires depuis quelques années. Il n'en existe pas d'aussi pratique que celui du Dr HERZEN, où il soit tenu compte dans une aussi large mesure des indications si variées qui peuvent se présenter dans le cours d'une même maladie.

M. HERZEN a tenu à remanier la troisième édition de ce livre, à le compléter et à le développer, tout en s'efforçant de lui garder l'esprit et les qualités qui ont fait le succès des deux premières éditions : *concision, clarté, utilité pratique.*

Tous les chapitres ont été repris et refondus, si bien que cette 3e édition comprend le double de pages de la 1re.

M. HERZEN a dû tenir grand compte de la rénovation qui s'accomplit de nos jours dans les méthodes thérapeutiques (thérapeutique pathogénique, thérapeutique compensatrice, thérapeutique préventive, balnéothérapie, sérumthérapie, opothérapie) et même suivre le mouvement qui entraîne actuellement la médecine vers la chirurgie, dans le traitement de nombreuses affections considérées jusqu'à ces dernières années comme de son ressort exclusif. Il a dû, en outre, citer dans cette édition les nombreux *médicaments nouveaux* introduits en thérapeutique pendant le cours de ces dernières années. Cette édition a été enrichie d'un grand nombre de formules nouvelles. C'est pourquoi le public médical voudra bien lui faire l'accueil favorable qu'il a fait aux deux premières.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **La céruse, le saturnisme chez les peintres en bâtiment à Paris**, par le docteur A. TREILLE, sénateur. Paris, *Revue médical*, 1905.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

32e SEMAINE, DU 6 AOUT AU 12 AOUT 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	13
3 mois à un an	13	10
1 an à 2 ans	1	4
2 à 5 ans	3	2
5 à 20 ans	4	3
20 à 60 ans	13	10
60 ans et au-dessus	7	7
Total	50	49

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	4	10
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	3	»	»	2	»	»	1	»	»	»	5	»	»	»	»	»	2	14	9
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	1	4	»	»	»	1	»	1	10	13
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	1	1	»	»	11	»	»	»	1	»	6	21	22
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	1	5	»	»	2	»	»	2	11	4
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	3	4
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	5	6	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	1	»	»	»	»	»	3	6	4
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	1	»	»	1	»	1	»	6	»	»	»	»	»	4	16	13
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	»	»	»	4	6
Total	»	»	»	»	»	9	»	»	4	2	2	5	1	4	2	37	2	»	2	2	»	24	96	99

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 450. Neuvième Année. N° 35. Le Numéro : 10 centimes 27 Août 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Pseudo-Rhumatisme infection et ostéomyélite chronique d'emblée

par le docteur **R. Le Fort.**

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans notre service du sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer, un cas de pseudo-rhumatisme infectieux ostéomyélique des membres inférieurs dont le diagnostic est resté fort longtemps en suspens. La jeune fille qui fait le sujet de cette observation a été examinée par divers chirurgiens et l'affection dont elle était atteinte fut considérée comme de nature tuberculeuse, M. le docteur GUELLIOT, de Reims, qui donna des soins à cette enfant dans son service avant l'envoi à St-Pol-sur-Mer, M. le docteur PHOCAS, notre prédécesseur au sanatorium, qui suivit l'enfant pendant quelques mois, notre confrère et ami le docteur BENTZ, qui publia la première partie de l'observation, firent le diagnostic de tuberculose. A notre tour, nous nous sommes arrêté à ce diagnostic pendant près d'un an, ainsi que divers médecins qui ont eu occasion d'examiner la fillette, Dans la *Presse Médicale* du 15 août 1903, nous trouvons, sous la signature de M. le docteur BENTZ, alors interne au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer, la première partie de l'observation avec l'étiquette « rhumatisme tuberculeux » et, en sous-titre, « arthrite chronique ne présentant pas les caractères de tumeur blanche, mais aboutissant à la guérison. »

Voici d'abord cette première partie de l'observation :

« D..., Suzanne, âgée de quatorze ans et demi.

Père mort d'un cancer ; mère morte d'une affection nerveuse indéterminée. Une sœur bien portante ; une seconde sœur morte du croup à l'âge de vingt mois.

La jeune fille n'a jamais été malade avant l'affection qui l'amène au sanatorium et qui a débuté il y a trois ans environ.

Un matin, l'enfant, qui s'était couchée bien portante la veille, ressent de vives douleurs dans la hanche gauche, elle peut à peine se soutenir, réussit cependant à aller à l'école mais, pour revenir, est obligée de se faire accompagner par deux de ses camarades qui la soutiennent des deux côtés.

Au bout de quinze jours, la malade entre à l'hôpital de Reims. Les douleurs de la hanche ont disparu, mais la malade souffre dans le genou droit et à la jambe gauche.

Le genou droit est tuméfié ; au tiers supérieur de la face interne de la jambe existe une plaque violacée. Huit jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, M. GUELLIOT pratique une opération qui paraît avoir consisté dans un grattage de l'os à la curette.

L'opération amène une diminution des douleurs de la jambe, mais il s'établit une suppuration qui a persisté jusqu'à aujourd'hui, fort diminuée il est vrai.

Au bout de deux ou trois mois, le genou droit a repris son volume normal et les douleurs ont disparu. Après un séjour de treize mois à l'hôpital, la malade rentre c---

elle ; le genou droit est guéri ; la jambe gauche suppure encore un peu.

Trois mois plus tard nouveau séjour à l'hôpital pour une petite collection purulente du dos de la main droite : cette collection est incisée et, au bout de trois semaines, la guérison est obtenue ; mais pendant ce temps-là le genou droit est redevenu gros et douloureux. Le chirurgien de l'hôpital fait le diagnostic d'arthrite tuberculeuse.

Le second séjour à l'hôpital dure quatre ou cinq mois. Depuis sa rentrée dans sa famille, la malade a toujours éprouvé de la gêne dans la marche. De temps en temps il se produisait des poussées aiguës durant trois ou quatre jours pendant lesquels le genou droit était gros et douloureux. La malade gardait alors le lit. Le genou droit seul était pris. Toutes les autres articulations restaient indemnes.

Le 27 avril 1902, la malade entra au sanatorium. Quinze jours auparavant, le genou gauche, qui n'avait jamais rien présenté d'anormal, a commencé à grossir sans que la malade éprouve la moindre douleur. Deux jours avant l'entrée au sanatorium, le genou droit s'est de nouveau un peu tuméfié sans devenir douloureux.

Etat à l'entrée. — La malade peut marcher, mais péniblement et en traînant la jambe droite.

Les deux membres inférieurs sont dans l'extension presque complète ; le genou gauche est fortement tuméfié, mais n'a pas du tout la forme globuleuse caractéristique des tumeurs blanches.

A la jambe gauche on voit une cicatrice longue de vingt centimètres, large de deux ou trois centimètres, occupant la face interne de la jambe. Cette cicatrice est blanche et gaufrée à ses deux extrémités, brunâtre et violacée au centre, où il existe un orifice suppurant conduisant sur l'os.

Si nous examinons de plus près les deux genoux, voici ce que nous trouvons : le genou gauche est bombé à sa partie antérieure et à sa partie interne. La circonférence du genou est de trente-quatre centimètres. La peau est normale. A la palpation, qui n'est pas douloureuse, on sent une fluctuation très nette ; la main, placée au niveau du cul-de-sac sous-quadricipital, fait refluer le liquide à la partie inférieure de l'articulation de chaque côté du ligament rotulien qu'il refoule en avant. La rotule est très mobile, mais on ne réussit pas à percevoir le choc rotulien. La synoviale paraît épaissie. La pression forte n'éveille qu'une douleur insignifiante. La flexion du genou est très limitée : on n'arrive pas à mettre la jambe à angle droit sur la cuisse.

A la cuisse, on observe de l'atrophie du quadriceps ; dans l'aine, on sent quelques petits ganglions durs, mobiles, non douloureux.

Le *genou droit* paraît légèrement augmenté de volume, mais beaucoup moins que le genou gauche. La circonférence est de trente centimètres. Il n'est pas douloureux spontanément, mais assez douloureux à la pression. La rotule repose sur les condyles fémoraux, elle est assez mobile transversalement. La peau est normale, la synoviale paraît épaissie. La pression sur le côté externe du genou ne détermine aucune douleur ; par contre, une pression même assez légère sur le côté interne, au niveau de l'interligne articulaire, provoque une douleur vive. Les tentatives de flexion de la jambe sur la cuisse provoquent immédiatement une douleur qui arrête le mouvement.

Atrophie du quadriceps. Dans l'aine, un petit ganglion dur et mobile.

L'appareil respiratoire et l'appareil circulatoire sont sains. La jeune fille n'est pas encore réglée (quatorze ans et demi). Pas de troubles génitaux ou urinaires.

Etat général bon.

La malade n'est soumise à aucun traitement que l'immobilisation au lit.

Le 16 juin, on constate une amélioration notable, mais aussi une tendance à l'ankylose. La malade peut faire quelques pas facilement et presque sans boiter. La suppuration à la jambe gauche persiste, peu abondante. Les deux genoux ont diminué de volume. La circonférence du genou droit est de vingt-neuf centimètres au lieu de trente, la circonférence du genou gauche est de trente-deux centimètres au lieu de trente-quatre.

La palpation du *genou gauche* donne les résultats suivants : le choc rotulien est nettement perçu, tandis qu'il y a deux mois on ne réussissait pas à le provoquer. Il n'y a plus de fluctuation entre la partie supérieure de l'articulation et sa partie inférieure. Il n'y a plus de douleurs spontanées. En rapprochant violemment les plateaux tibiaux des condyles fémoraux, on ne produit aucune douleur. La pression au niveau de l'interligne articulaire, soit en dedans, soit en dehors, produit une douleur vive. La pression, en quelque point que ce soit, des extrémités osseuses est absolument indolore. Le mouvement de flexion du genou n'est pas plus étendu qu'il y a deux mois et n'atteint pas l'angle droit. Pas de craquements articulaires.

La palpation du *genou droit* ne provoque aucune douleur. Comme de l'autre côté, on peut, sans faire souffrir la malade, refouler les plateaux tibiaux contre les condyles fémoraux. La flexion du genou est toujours très limitée. La mobilisation du genou fait percevoir des craquements articulaires.

La *radiographie du genou gauche* montre un fémur sain et un tibia dont l'extrémité supérieure a un volume absolument normal. Le tibia présente des lésions d'ostéite occupant l'épiphyse supérieure et le tiers supérieur du corps de l'os. Il n'y a pas de foyer osseux ouvert dans l'articulation ; les parties osseuses en contact avec le cartilage articulaire sont saines. Du bord antérieur du plateau tibial se détache une saillie irrégulière et déchiquetée, intra-articulaire, paraissant être une frange synoviale.

La rotule est éloignée des condyles fémoraux.

On ne voit pas trace de fongosités, mais la synoviale est épaissie.

Au *côté droit*, on ne voit aucune lésion osseuse, l'articulation n'est pas distendue, on ne distingue pas l'épaississement de la synoviale.

M. le Dr Bentz termine son observation par une petite note sur l'état de la malade en juin 1903, en réalité, son observation est interrompue au mois d'août 1902, nous la reprendrons à cette date, d'après les notes très complètes qui nous ont été remises par M. le Dr Bachmann, le dévoué médecin résident du sanatorium, et M. Cieren, interne du service, et aussi d'après nos constatations personnelles, l'enfant étant confiée à nos soins depuis le mois d'octobre 1902.

Vers le 4 août 1902, le genou gauche redevient douloureux et prend une forme globuleuse. On fait des applications de teinture d'iode puis (le 20 août) des pointes de feu avec pose d'une gouttière en carton.

En octobre 1902, quand nous prenons le service, le genou gauche a diminué de volume, le genou droit a un peu augmenté. A gauche la percussion de la rotule donne une sensation de résistance élastique comme si du caoutchouc remplissait l'articulation. Au niveau du condyle interne

du tibia, et là seulement, on note la présence d'un point douloureux.

A droite, la pression de la rotule fournit la même sensation qu'à gauche. En outre, il y a un gonflement non douloureux du tiers inférieur du fémur, assez volumineux.

Les mouvements spontanés sont possibles mais limités, surtout à gauche. Il y a de l'atrophie musculaire des deux côtés, également plus marquée à gauche.

Circonférence du genou droit : 30 centimètres
Circonférence du genou gauche : 30 centimètres 1/2

Circonférence des cuisses à la partie moyenne :
Côté droit, 34 centimètres ;
Côté gauche, 31 centimètres 1/2.

Les deux genoux sont le siège de craquements intenses d'une extraordinaire abondance au moindre mouvement. C'est là un des phénomènes caractéristiques de cette double arthrite, l'abondance et l'intensité des craquements.

A aucun moment, l'enfant ne se rappelle avoir éprouvé rien d'anormal en dehors des membres inférieurs.

En novembre 1902, la raideur du genou est considérable. Tout phénomène aigu paraissant éteint, on essaye prudemment, le 2 août, quelques séances de mobilisation qu'il faut bientôt interrompre le 7, le genou étant devenu un peu douloureux et tuméfié. Peu à peu, ces mouvements sont repris doucement ; en janvier 1903, l'enfant marche un peu.

En mars, les craquements des genoux sont bien diminués, et en mai, les mouvements sont en grande partie revenus.

Le 30 juin 1903, l'enfant marche très bien. Il n'y a eu aucune douleur depuis un mois. Elle passe à la section des valides le 3 juillet 1903. Dès le 2 août 1903, la marche devient de nouveau un peu difficile. Le genou droit est tuméfié et globuleux ; il n'y a aucune douleur. La tuméfaction est surtout marquée au niveau du cul-de-sac sous-tricipital ; le genou est si tendre qu'on n'arrive pas à produire le choc rotulien.

On fait rentrer la fillette à l'infirmerie et on immobilise le genou après application de pointes de feu et compression ouatée.

Le 17 août, le genou a diminué de volume. Du côté interne du cul-de-sac sous-tricipital, il y a une collection fluctuante ; la peau est amincie à ce niveau. L'extrémité inférieure du fémur est très hypertrophiée, elle paraît double de largeur, comparée à l'extrémité correspondante du fémur gauche. Il n'existe aucune douleur.

La radiographie, faite de face, montre, au niveau de l'extrémité inférieure du fémur, une partie centrale claire qu'on ne retrouve pas sur la radiographie de profil. Elle montre en outre un épaississement de l'extrémité inférieure du fémur.

Le 22 août, ponction capillaire de la collection de la face externe du genou. On retire du pus qui, à l'examen, contient du staphylocoque pur. La température est aux environs de 37° matin et soir tous les jours.

Le 5 septembre, incision antéro-interne, large drainage sous le quadriceps, on ne trouve pas d'os dénudé.

Vers le 20 septembre et vers le 8 octobre, la température s'élève un peu pendant quelques jours sans dépasser 38°.

Le 26 octobre, la température s'élève :
Le 26, température matin 37°1 ; température soir 37°6.
Le 27, température matin 38° ; température soir 39°.
Le 28, température matin 38° ; température soir 38°5.
Le 29, température matin 37°3 ; température soir 38°7.

Pas de variations. La température oscille entre 37°3 et 38° jusqu'au 3 novembre et il n'y a pas de douleurs.

Le 3 novembre, température matin 37°8 ; température soir 39°9. A ce moment apparaît un nouveau gonflement douloureux et fluctuant de la face postéro-interne du genou. La température oscille autour de 38°.

Le 15 novembre, incision de 12 centimètres au côté interne du genou, issue d'une quantité abondante de pus phlegmoneux. Drainage de la fistule antéro-interne et contre-ouverture en dedans. La température tombe à 37°5.

Le 17, on renouvelle le pansement. La suppuration est peu abondante. La température tombe définitivement à 37°. Les plaies se ferment, et en janvier 1904, la suppuration est très minime. La température est restée aux environs de 37° depuis le milieu de novembre 1903.

En février 1904, on constate de la douleur à la pression au niveau de la cicatrice de la jambe gauche. A ce niveau, le tibia est un peu augmenté de volume, et deux fistules, très peu suppurantes, se rouvrent. Quelques ganglions de l'aine gauche sont douloureux spontanément et à la pression.

Le 17 février, température 38° le soir et douleur dans l'aine.
Le 18, température matin 37°9 ; température soir 39°.
Le 19, température matin 38°2 ; température soir 39°6.
Le 20, température matin 38°7 ; température soir 39°4.
Le 21, température matin 38°5.

A ce moment, je pratique, sous chloroforme, une incision et un grattage osseux au niveau du tibia gauche et l'incision de l'adénite suppurée. Il y a à ce niveau un gros empâtement. La fièvre tombe aussitôt. Température soir 38°3.

Le 22, température matin 37° ; température soir 38°.

Le 25 février, on constate un peu d'hydarthrose du genou gauche (41 centimètres de tour), et la température remonte le soir à 38°7.

Le 26, un débridement nouveau d'incision ganglionnaire fait tomber définitivement la température. Température matin 38°3 ; température soir 37°4.

Le 27, température matin 36°7 ; température soir 37°5.

Les plaies suivent leur marche normale ; le 24 mars, celle de l'aine gauche est fermée, les plaies et fistules du genou droit sont fermées également, la plaie de la jambe gauche est en voie de guérison.

Le 15 mai, la cicatrisation est complète partout. Les mouvements du genou droit sont très limités : la flexion ne dépasse pas une amptitude de vingt centimètres, au genou gauche elle dépasse un peu l'angle droit, mais ces mouvements sont accompagnés de craquements extrêmement nombreux.

Le 17 mai, la plaie de l'aine se rouvre et une petite fistule s'installe jusqu'au 12 juin. Le 18 juillet 1904, une fistule se rouvre au niveau de la partie supérieure de la cicatrice du tibia gauche.

Trois jours plus tard, c'est la cicatrice de l'ancien abcès interne du genou droit qui se soulève, et, le lendemain, on incise à ce niveau une petite collection du volume d'une cerise.

En fin septembre, nouvelle poussée au niveau du genou droit et du tibia gauche.

Au milieu d'octobre, nouvelle poussée au niveau de la cicatrice inguino crurale, nécessitant une incision pour évacuer un gros abcès. Cet abcès guérit complètement en six jours. Le 12 novembre, encore une poussée aiguë au niveau de la cicatrice du genou droit. L'incision ne donne pas issue à du pus. Dix jours plus tard, nouvel abcès de l'aine gauche, toujours au même niveau, et ouverture spontanée, et, de nouveau, guérison rapide, en douze jours.

A partir de ce moment, il ne reste qu'une fistulette insignifiante au niveau de la cicatrice du genou droit, ne nécessitant que l'application, une fois par semaine, d'un petit pansement.

Le 3 février 1905, la jeune fille (elle a maintenant 17 ans passés) passe à la section des valides ; son état général est excellent. Les genoux craquent, ne sont plus douloureux, ils sont raidis, surtout le droit.

Avant la fin du mois, il faut ramener la malade à l'infirmerie. Dès le 18, la cicatrice de la jambe gauche est devenue douloureuse et œdémateuse. Il y a de la fièvre, qui s'élève le 24 février jusqu'à 39°7. La température était restée aux environs de 37°, depuis le 2 mars 1904. Le 26, on constate la présence d'un abcès au milieu de la cicatrice de la jambe gauche. Cet abcès est entouré d'une zone œdémateuse. Les douleurs sont vives, l'abcès, très fluctuant, est incisé après insensibilisation au kélène, il s'écoule beaucoup de sang et peu de pus. Les douleurs diminuent beaucoup, la suppuration est minime, mais continue.

Devant la persistance de la suppuration, la fréquence des récidives, l'hyperostose marquée du tibia, la dénudation encore constatée au stylet, je pratique sous chloroforme un évidement du tibia le 14 mars 1905. L'incision conduit dans une cavité osseuse du diamètre d'une pièce de un franc et d'une profondeur de un centimètre à un centimètre et demi. Cette cavité est remplie de substance caséuse et de fongosités ; elle est entièrement entourée par de l'os éburné, compact, sans aucun point spongieux ou friable, j'y taille une brèche au ciseau et bourre de gaze.

Le 5 juin 1905, la cicatrisation est complète. A la fin de mai, on a noté la présence d'un œdème péricicatriciel qui dure quelques jours.

Le 24 juin, la malade, dont l'état général est devenu excellent et qui, depuis peu, vient d'être renvoyée à la section des valides, remarque, le soir, de l'œdème des deux jambes et n'en parle à personne.

Le 25, l'œdème, peu marqué le matin, avait augmenté le soir.

Le 26, en se levant, elle remarque que la tête lui tourne. Elle s'est rappelée depuis que deux fois la chose lui était arrivée pendant son séjour à l'infirmerie. Cet état lipothymique se dissipe dès que la malade sort. L'œdème des jambes augmente beaucoup et, pour la première fois, elle s'en plaint. A droite, l'œdème est considérable, envahit le pied, la jambe, le genou et remonte à mi-cuisse. A gauche, il est un peu moins marqué et n'atteint guère le genou.

L'examen des urines décèle la présence d'une quantité notable d'albumine (au moins 1 gr. 30 par litre). Les urines sont abondantes, polyurie claire de plus de deux litres D 1011. pas de pus, des cylindres granuleux-graisseux.

Le cœur est sain. Pouls normal, plutôt un peu faible ; rythme pendulaire..Un peu de toux depuis quinze jours, rien dans la poitrine.

L'œdème des jambes persiste quatre jours.

Le 11 juillet, l'albumine dans les urines n'a guère diminué.

Les lésions locales des membres inférieurs paraissent éteintes. Il n'existe plus au niveau de l'incision tibiale qu'une petite croûtelle insignifiante. On sent toujours à la palpation l'épaississement marqué de l'extrémité inférieure de la diaphyse fémorale à droite. Il y a un peu d'atrophie du mollet gauche : 29 centimètres pour 32 à droite. La circonférence du genou est de 35 centimètres à droite, 33 1/2 à gauche. La flexion est limitée des deux côtés, surtout à gauche : à G, 80° environ ; à D, 125° environ.

Les craquements ont beaucoup diminué d'abondance et d'intensité.

L'état général est excellent depuis l'entrée de la malade au sanatorium. Il se maintient parfait. Il nous semble pourtant que le séjour au bord de la mer est contre-indiqué par l'apparition de cette albuminurie, et la jeune fille sera incessamment rendue à sa famille.

Cette observation peut être ainsi résumée : début brusque par des douleurs dans la hanche puis le genou et la jambe il y a six ans. Ouverture d'un abcès tibial et grattage osseux (?), arthrite subaiguë au genou droit. Seize mois plus tard, abcès de la main qui dura trois semaines, récidive de l'arthrite du genou droit qui dura cinq mois. Poussées fréquentes d'arthrite pendant la convalescence. En avril 1902, arthrite subaiguë du genou gauche. Les lésions oscillantes paraissent jusqu'alors devoir être plutôt rattachées à la tuberculose.

Amélioration progressive, on permet la marche en janvier, le passage aux valides en juillet 1903. En août, nouvelle poussée d'arthrite à droite, apparition d'abcès autour de l'épiphyse fémorale inférieure, contenant du staphylocoque pur. Incision, drainage, la guérison est obtenue en janvier sans élimination de séquestres. En février 1904, l'ancien abcès tibial gauche, fermé depuis deux ans, se rouvre et les ganglions de l'aine s'infectent. Incision de l'adénite, curage du tibia, le 15 mai tout est cicatrisé.

La plaie de l'aine se rouvre le 17 mai, la cicatrice tibiale le 18 juillet, la cicatrice du genou droit le 22 juillet. En septembre, octobre, novembre, séries de poussées successives du côté des genoux ou des diverses cicatrices.

En décembre tout est fini, et en février 1905 l'enfant passe aux valides, d'où elle est ramenée à l'infirmerie avant la fin du mois par une poussée du côté du tibia gauche qu'il faut évider encore en mars 1905.

En juin, tout est de nouveau cicatrisé, mais des symptômes alarmants de néphrite albuminurique apparaissent et nous obligent de renvoyer la fillette dans sa famille.

La seconde partie de l'observation éclaire la première jusqu'à l'évidence. Il s'agit d'ostéomyélite chronique. La constatation, dans le pus, du staphylocoque, l'absence de bacille tuberculeux, l'évolution clinique même, permettent aujourd'hui d'éliminer l'hypothèse de tuberculose. Très judicieusement M. le docteur Bentz avait noté que les symptômes de début faisaient tout d'abord penser à l'ostéomyélite, « mais, ajoute-t-il, si au début de l'ostéomyélite on observe quelquefois des douleurs au niveau de plusieurs épiphyses, avant que l'affection se fixe sur une extrémité osseuse, on ne voit pas de phénomènes articulaires comme ceux qui se sont produits au niveau du genou droit, et qui durent depuis trois ans avec douleur nettement localisée à l'interligne et alternatives de rémission et d'exacerbation. De plus, l'absence complète d'augmentation de volume de l'extrémité supérieure du tibia nous paraît incompatible avec l'hypothèse d'une ostéomyélite durant depuis trois ans ».

C'est pourtant, nous semble-t-il, au diagnostic d'ostéomyélite seul qu'il est permis de s'arrêter aujourd'hui. Qu'il s'agisse d'un fait rare, exceptionnel, anormal, c'est abso-

lument notre avis, et c'est pour cela que nous avons tenu à le rapporter *in extenso*.

Selon nous, les phénomènes pathologiques doivent être interprétés de la façon suivante : pseudo-rhumatisme infectieux d'origine staphylococcique; ostéomyélite chronique des membres inférieurs, infection ganglionnaire inguinale, infection générale chronique et néphrite toxique ou infectieuse due à l'infection staphylococcique qui dure depuis six ans. A aucun moment, nous n'avons constaté la présence de séquestres. Les lésions osseuses paraissent tout à fait superficielles du côté du fémur et du côté du tibia, les trépanations successives ne nous ont permis de constater qu'une densification de l'os sans trace de mortification nécrotique. Il n'y a pas eu de troubles dans la croissance des os en longueur.

En somme, les lésions sont atténuées, la marche de l'affection est lente, chronique, son pronostic n'en paraît pas pour cela moins sombre.

Consultations Médico-Chirurgicales

Rétention d'Urine (1)

Dr G. Potel.

INFORMATIONS CLINIQUES. — 1° A la suite d'un accouchement laborieux, dans lequel la progression de la tête fœtale s'est faite très lentement, la parturiente se trouve dans l'impossibilité d'uriner. La vessie se remplit peu à peu, forme au-dessus de la symphyse un globe plus ou moins tendu, généralement peu douloureux, donnant une sensation de flot à la percussion; mais malgré des efforts réitérés, malgré les encouragements de l'entourage... la miction reste impossible.

2° Un vieillard prostatique, vidant habituellement mal sa vessie, après un voyage, à la suite de libations abondantes, essaie d'uriner, mais éprouve des difficultés plus grandes que de coutume. Cette première tentative est infructueuse. « Il recommence ses essais (Guyon) (2), il se livre à des efforts qu'il prolonge, qu'il proportionne à son désir d'obtenir la sortie de l'urine. Il les prodigue et les augmente. Bientôt ils deviennent involontaires et le malade, sollicité par la contraction vésicale devenue douloureuse et incessante, pousse d'une façon inconsciente. Les actes auxquels il s'abandonne pour arriver à obtenir la miction sont désormais involontaires; il n'est plus libre de ne pas pousser, de ne pas exagérer les efforts, de ne pas les porter à l'extrême.

« Anxieux, agité, il ne cesse de gémir; ses plaintes sont tantôt sourdes et tantôt presque furieuses. Les douleurs deviennent très vives; les besoins d'uriner répétés, pressants. C'est en vain que le malheureux cherche à les satisfaire. Il pousse, il fait effort, il se cramponne à tout ce qui l'entoure, prend toute espèce de position, et cependant rien ne s'échappe du méat. Bientôt, haletant et ruisselant de sueur, il tombe épuisé sur son lit. Mais, à peine quelques instants se sont-ils écoulés, que de nouveaux besoins éveillent une nouvelle crise tout aussi infructueuse que la première. Plus de répit, plus de calme, mais une agitation perpétuelle. Se levant, se couchant, le malade essaie incessamment toutes les positions. C'est l'angoisse douloureuse portée jusqu'au paroxysme... Le malade peut être frappé de délire... mais l'angoisse vésicale n'en persiste pas moins comme le prouvent les gestes automatiques; les mains ne cessent de parcourir la verge, le périnée, l'hypogastre, et les muscles abdominaux, fortement contractés, font relief sous les téguments ».

3° Un homme tombe à califourchon sur une barre de bois. Il éprouve une douleur violente au niveau du périnée. Le sang s'écoule par l'urètre. Bientôt une large ecchymose occupe la région périnéale. Quelques heures après le traumatisme, alors qu'il est un peu remis du choc reçu, le blessé essaie d'uriner, mais en vain, pas une goutte d'urine ne franchit le méat. La vessie se distend peu à peu, les douleurs arrivent; la rétention, providentielle (Le Dentu) dans ce cas particulier, est complète. Une nouvelle médication s'impose comme nous le verrons tout à l'heure. Il faut, non seulement évacuer l'urine au dehors, mais il faut aussi prévenir l'infiltration de l'urine à travers la plaie urétrale, et l'infection urineuse qui ne tarderait pas à la suivre.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — La rétention aiguë survient dans deux conditions très différentes. Dans la première catégorie de faits, il n'existe pas d'obstacle à l'émission de l'urine, l'urètre est libre et perméable, mais la vessie ne se contracte pas, soit qu'il s'agisse d'une véritable paralysie (affections médullaires, fracture du rachis), soit qu'il se produise une inhibition momentanée (hystérie, neurasthénie, rétention post traumatique ou opératoire, etc.), une parésie due à la congestion (rétention post partum, etc.). Dans une autre catégorie, il faut ranger les faits où la rétention s'explique par un obstacle transitoire (spasme de l'urètre), ou permanent à l'issue de l'urine.

Cette distinction est importante à considérer, non seulement au point de vue de la pathogénie de l'acci-

(1) Nous n'aurons en vue dans cette consultation que la *Rétention complète* aiguë. Les rétentions chroniques incomplètes qui sont l'une des complications habituelles de l'Hypertrophie prostatique seront étudiées avec cette affection, dans un prochain article.

(2) Guyon. — Mal. des V. ur. T. I, 125.

dent, mais encore au point de vue des moyens thérapeutiques à lui opposer.

Quelle que soit la cause de la rétention, si l'on n'intervient pas, on verra apparaître plus ou moins rapidement de graves complications. La congestion envahit la paroi de la vessie, la muqueuse, distendue, perd rapidement son épithélium. Cette mortification, cette desquamation épithéliale ont pour effet immédiat de permettre le passage dans le sang des bactéries que peut contenir la vessie et de déterminer une infection rapidement mortelle. Il y a là toute une série de phénomènes superposables à ceux que l'on constate dans l'étranglement herniaire : distension, congestion, desquamation épithéliale, infection par le même agent, le *Bacterium coli*.

Les dégâts deviennent de plus en plus considérables. La pression de l'urine dans l'urètre n'étant plus suffisante pour forcer l'entrée dans la vessie, les uretères se dilatent, la dilatation et la congestion gagnent les bassinets, les calices, le parenchyme rénal, celui-ci s'altère et le rein congestionné devient plus impuissant, à mesure que le sang lui apporte plus de matériaux toxiques à éliminer.

L'indication thérapeutique est donc brève, impérieuse.

« Il faut pisser ou mourir », disait HEISTER. Le médecin ne doit pas quitter son malade, qu'il n'ait réussi à évacuer le réservoir urinaire, mais il doit aussi se rappeler que les conditions présentées par l'appareil urinaire sont éminemment favorables à l'infection, et qu'une faute légère contre l'asepsie peut avoir à bref délai des conséquences fatales. Le médecin cherchera donc à parer aux accidents de la rétention, avec la pleine conscience qu'un retard de quelques heures, qu'une négligence dans l'asepsie de ses mains ou de ses sondes, peuvent laisser s'installer des lésions irrémédiables et rapidement mortelles.

TRAITEMENT. — L'immense majorité des rétentions sont justiciables du **cathétérisme,** et il est bien peu de cas où le praticien n'arrivera pas à donner issue à l'urine par les voies naturelles.

Cathétérisme. — Certaines conditions sont cependant indispensables pour réussir dans la plupart des cas.

Outillage. — Ayez à votre disposition l'outillage suivant qui représente le strict minimum : 1° Sondes de Nélaton, en caoutchouc rouge n° 12 à 20 (1) ; 2° Sondes en gomme, à béquille, et à double-béquille ; 3° Un mandrin de Guyon ; 4° Quelques explorateurs à boule ; 5° Quelques bougies filiformes, droites et à baïonnette.

Désinfection. — Il est de toute nécessité que vos mains, les organes génitaux du patient soient dans un état de propreté absolu, et que vos sondes soient stérilisées. — Faites bouillir les sondes en caoutchouc, et flamber les instruments métalliques avant de les utiliser.

Examen. — Ne tentez jamais un cathétérisme sans savoir quels sont les obstacles que vous allez rencontrer. Interrogez votre malade, renseignez-vous sur les commémoratifs de l'accident, et s'il s'agit d'un homme, faites toujours une exploration prudente avec l'explorateur à boule ; renseignez-vous, grâce à cet instrument, sur la nature de l'obstacle, son siège, sa résistance, sa forme... et vous ne vous engagerez point à l'aveuglette dans des chemins que vous ne connaissez pas.

Rappelez-vous que dans le cathétérisme plus que partout ailleurs,

Patience et longueur de temps
Font plus que force ni que rage !

Ceci établi, voyons la conduite à tenir suivant les cas.

A. La perméabilité de l'urètre est normale. — Dans le cas de perméabilité normale de l'urètre le cathétérisme est d'une extrême simplicité.

La **sonde molle** de Nélaton est l'instrument idéal de ces sortes de rétention. Elle peut être bouillie tous les jours pendant assez longtemps sans s'altérer. Trempez l'extrémité dans de l'huile stérilisée ou lubréfiez là avec la mixture de Guyon :

Poudre de savon..........	ãã 33 grammes.
Glycérine..................	
Eau........................	
Naphtol..................	1 gramme.

Nous conseillons la sonde de Nélaton même chez la femme. Vous n'aurez peut-être pas la facilité, ... et la malpropreté du cathétérisme sous les couvertures, ... mais **vous n'aurez pas les ennuis qu'occasionne la sonde rigide.** Pour peu, en effet, que vous soyiez obligé de répéter le cathétérisme avec la sonde de trousse, vous entendrez rapidement les malades se plaindre de douleurs très vives. L'œil de cette sonde, en effet, est tranchant et détermine des excoriations et des plaies de la muqueuse urétrale. La rétention est guérie depuis longtemps, que l'urétrite dure encore.

Répétez le cathétérisme plusieurs fois dans la journée, suffisamment en tous cas pour que la vessie ne soit jamais mise en tension.

Soignez l'état général, tâchez de réveiller la contractilité vésicale. S'il s'agit d'une malade hystérique ou neurasthénique employez la suggestion, l'électricité... de façon à hâter le retour de l'évacuation volontaire normale.

B. Il existe un obstacle à l'émission de l'urine. — L'intervention est différente suivant qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme.

(1) Ces diverses sondes doivent être conservées dans un tube en verre à bouchon contenant du trioxyméthylène. C'est un procédé idéal pour transporter facilement et proprement tout un choix de sondes.

1° Chez la femme. — La rétention par oblitération urétrale s'observe très rarement chez la femme. Dans la plupart des cas l'obstacle à la miction résulte d'une compression exercée par une tumeur, ou par l'utérus (rétroflexion d'utérus gravide). Prenez dans ces cas une **sonde en gomme**. La sonde doit contourner la symphyse. Guidez-la au besoin avec le doigt introduit dans le vagin.

Les calculs qui s'engagent dans l'urètre peuvent amener une oblitération momentanée. Explorez l'urètre, voyez à quelle distance du méat se trouve le calcul. S'il est près du col, refoulez-le dans la vessie; s'il est fortement engagé, tentez de l'extraire. Vous guérirez en même temps la rétention et sa cause.

2° Chez l'homme. — L'examen du malade, l'étude des commémoratifs, et surtout l'exploration méthodique de l'urètre faite avec la bougie à bout olivaire, vous ont renseigné sur la nature de l'obstacle à franchir. Voyons ce qu'il convient de faire dans chaque cas :

a) Spasme de l'urètre — La sonde arrivée dans la région membraneuse bute contre un obstacle, formé par la contraction du sphincter. Il faut savoir que ce spasme est assez souvent symptomatique d'une irritation du col (urétrite, prostatite) ou de la vessie (calcul, tuberculose, cystite).

Il sera très important de faire le diagnostic pour essayer de traiter la cause déterminante, et cesser par là même l'éréthisme nerveux consécutif.

L'urètre est sain. — N'essayez pas de vaincre ce spasme par la force. Appuyez doucement, mais d'une façon continue, l'extrémité de la sonde sur le sphincter contracté, prêt à **profiter de sa moindre défaillance**. — Détournez l'attention du malade, parlez-lui de banalités étrangères à son affection. (Trélat leur allongeait parfois une forte bourrade)... — Bientôt le sphincter se relâche... vite poussez... et passez !

L'urètre est enflammé. — Il s'agit d'un malade, qui à la 4e semaine d'une blennorrhagie se croit guéri, et fête sa guérison par des libations d'autant plus copieuses qu'il en a été sevré plus longtemps. Ou bien, las de voir un intarissable écoulement sortir de son méat, il pousse avec force dans son urètre, une de ces « injections » toutes préparées dont il a lu avec soin, depuis un mois les alléchantes promesses ; quel que soit le procédé, la congestion de l'urètre postérieur produit du spasme de l'urètre et la rétention momentanée.

Ne vous hâtez pas de promener dans cet urètre infecté une sonde qui risquera d'aller inoculer les portions qui ne le sont pas encore. Adressez-vous d'abord aux moyens décongestifs, et calmants. Mettez votre malade dans un **bain tiède** et prolongé, puis faites placer dans l'anus un **suppositoire** :

Beurre de cacao	5 gr.
Extrait d'opium.	0 gr. 03
Extrait de belladone	0 gr. 02

Le plus souvent, vous verrez les phénomènes dramatiques se calmer peu à peu. **Le malade finit par uriner spontanément.**

Si cependant ces moyens restaient inefficaces, songez à pratiquer le cathétérisme, mais en vous prémunissant contre l'infection. Faites un lavage préliminaire de l'urètre avec une solution au 1/4000 de permanganate. Introduisez une sonde de Nélaton. et videz lentement la vessie. Pendant que vous retirez la sonde, rincez l'urètre avec la solution faible de permanganate. Continuez les sédatifs pendant quelques jours.

b) Rétrécissement de l'urètre. — La rétention complète, chez les rétrécis, est presque toujours d'origine congestive. Il est donc essentiel de s'adresser d'abord à l'hyperhémie par les moyens que nous venons déjà de passer en revue. (Bains, cataplasmes, suppositoires, etc.), Si la rétention persiste, il faut songer à évacuer la vessie. faites une exploration soigneuse du rétrécissement.

α) S'il admet une bougie dont le diamètre est supérieur à trois millimètres, vous pourrez avec avantage passer une **sonde de petit calibre**, et évacuer ainsi le réservoir vésical.

β) Si le calibre du rétrécissement n'admet pas une sonde, deux moyens très simples sont d'abord à tenter :

1° Essayez ce que Guyon appelle le **cathétérisme appuyé**. Avec une bougie ou une sonde à bout olivaire, appuyez sans force, mais d'une façon continue, sur le retrécissement. L'urine, qui était impuissante, à franchir la stricture, profite de l'entrebâillement produit par la sonde et s'écoule au dehors.

2° Si ce moyen est insuffisant, passez une **bougie fine** (numéros 4 ou 5) et laissez là à demeure. Très souvent vous verrez l'urine filtrer entre la paroi et la bougie d'abord doucement et bientôt avec abondance. Dans certains cas, assez rares, il est vrai, la bougie trop serrée ne laisse pas filtrer l'urine, profitez de sa présence pour pratiquer **l'uréthrotomie interne** et rétablir le calibre de l'urèthre. Mais limitez là l'indication de l'uréthrotomie interne hâtive. Vous aurez toujours intérêt à pratiquer cette intervention en dehors des poussées de congestion aiguë.

Vous n'arrivez même pas à passer une fine bougie, **n'essayez pas de mettre de la force**, vous n'arriverez qu'à faire des fausses routes et à augmenter les dégâts. Une indication pressante est d'abord d'évacuer l'urine, faites dans ce cas la **ponction de la vessie**.

Après désinfection soigneuse de la région pubienne, et de votre appareil de Potain, plongez verticalement à un centimètre au-dessus de la symphyse, et exactement

sur la ligne médiane, la fine aiguille de POTAIN, n'hésitez pas à enfoncer profondément jusqu'à ce que vous vous sentiez dans une cavité, faites l'aspiration doucement et videz la vessie.

Au besoin répétez cette manœuvre plusieurs fois. Mais ne négligez aucun moyen de décongestion. Vous arriverez souvent à passer une bougie où vous n'avez rencontré quelques heures auparavant qu'un mur infranchissable.

Mais si ces moyens n'amènent pas de détente, préparez le malade à une intervention plus sérieuse, mais nécessaire : **l'uréthrotomie externe**. Vous serez parfois appelé à pratiquer d'urgence cette uréthrotomie.

Début d'infiltration urineuse. — Il n'est pas rare dans les rétentions chez les rétrécis de voir apparaître en amont du rétrécissement une petite tuméfaction qui témoigne d'un début d'infiltration d'urine. N'attendez pas davantage, ne laissez pas les lésions devenir infiniment plus graves. Après les précautions antiseptiques indispensables, faites une **incision franche** sur la petite tumeur urineuse. Ouvrez largement de façon à le drainer le foyer urineux et **ne sondez pas**, l'urine s'écoulera par la plaie, et au moins vous ne provoquerez pas de graves accidents septiques par des explorations intempestives.

c) Rétention complète dans l'hypertrophie prostatique. — La rétention complète est une complication fréquente de l'hypertrophie de la prostate. — Toute cause capable d'amener une congestion de l'appareil urinaire (écart de régime, voyage, etc.), peut déterminer une rétention complète chez un vieillard dont les mictions se faisaient déjà depuis longtemps de façon précaire.

C'est donc faire véritablement la prophylaxie de la rétention, que recommander aux prostatiques la **sobriété**, une **hygiène sévère**, un exercice modéré et régulier.

Mais la rétention est constituée. Vous vous êtes assuré que l'urètre antérieur est libre, et que l'obstacle est déterminé par la prostate. — Rappelez-vous que cet obstacle siège sur les parois inférieure et latérales de l'urètre, et que par conséquent le bec de la sonde devra suivre la paroi supérieure du canal.

Rappelez-vous encore que la vessie du prostatique en état de rétention est un milieu éminemment favorable à la pullulation microbienne et qu'une faute d'asepsie peut entraîner la mort rapide du malade.

1° **Rétention simple sans fièvre.** — Prenez d'abord une **sonde de Nélaton** (N° 16 à 20) bouillie, et bien lubréfiée. — Assurez-vous qu'elle est perméable. — **Poussez-la doucement, avec un léger mouvement de vrille.** — Vous arriverez le plus souvent par ce simple moyen à franchir l'obstacle et à pénétrer dans la vessie.

Si la sonde molle heurte l'obstacle prostatique et ne peut le franchir, n'insistez pas, prenez une sonde en gomme, à béquille simple ou double. Introduisez-la en ayant soin de maintenir le bec de la sonde sur la paroi antérieure de l'urètre. Vous sentez un léger ressaut et vous pénétrez dans la vessie.

Vous réserverez les mandrins, les sondes à grande courbure en métal aux cas exceptionnels où la sonde à béquille n'aura pu réussir. Vous vous garderez bien, dans ces cas, de mettre de la force, **vous éviterez de pratiquer les différents coups de maître**... dont le malade est la première victime.

Votre sonde a pénétré dans la vessie. **Evacuez très lentement**; remplacez une partie de l'urine que vous venez d'enlever par une quantité moindre d'eau boriquée. Laissez au moins 200 grammes de liquide dans la vessie.

Vous devez maintenant, à tout prix, éviter une nouvelle mise en tension de la vessie. Votre malade devra donc uriner toutes les six heures. Deux ressources s'offrent à vous : le cathétérisme répété ou la sonde à demeure. Que choisir ?

α) Si le malade habite tellement loin que vous ne puissiez vous engager à le voir d'une façon régulière, si le cathétérisme primitif a été particulièrement difficile, si vous avez constaté un saignement de la prostate, malgré la douceur de vos manœuvres, mettez la **sonde à demeure**, fixez la sonde à deux touffes de poils, au moyen d'un fil double. Mettez un fausset à l'extrémité libre de la sonde. Vous le ferez enlever régulièrement toutes les quatre heures. Dans votre visite journalière, assurez-vous que l'urine reste limpide, que l'urèthre ne s'enflamme pas. Au bout de quelques jours enlevez la sonde à demeure, mais continuez le cathétérisme.

β. Si vous pouvez voir votre malade à loisir, si la sonde passe assez facilement, ayez de préférence recours au **cathétérisme répété**. Vous éviterez ainsi les ennuis locaux (uréthrite, etc.) et généraux (séjour au lit) de la sonde à demeure.

Continuez le cathétérisme jusqu'à ce que les fréquences et les retards de la miction aient repris leur allure habituelle, vous éviterez ainsi de nouvelles crises de rétention.

2° **Le malade a de la fièvre.** — Il y a du pus dans les urines. Dans ce cas placez la **sonde à demeure**. Ce qu'il faut d'une façon absolue, c'est drainer le bas fond vésical. Deux fois par jour, faites un **lavage vésical** jusqu'à ce que le liquide revienne absolument limpide. Abandonnez 100 à 200 grammes d'eau boriquée dans la vessie.

— Vous n'arrivez pas à passer une sonde, pratiquez la **ponction capillaire de la vessie**, comme je l'ai indiqué plus haut, faites donner au malade un **bain chaud prolongé**. Tentez alors un nouveau cathétérisme avec une sonde à béquille, il est bien rare que vous n'arriverez pas à passer.

Si manifestement le cathétérisme est impossible, ne tardez pas à pratiquer une **cystostomie sus-pubienne** qui fera, à plus de frais il est vrai, ce qu'aurait pu faire la sonde à demeure.

d) Rétention dans la rupture de l'urèthre. — Il faut distinguer ici les cas légers des cas graves.

a) Cas légers; la rupture est incomplète. — Il n'existe pas d'empâtement de la région périnéale. Le malade éprouve cependant une grande difficulté d'uriner.

Essayez d'abord de passer une **sonde molle** de Nélaton, si vous heurtez l'obstacle sans le franchir utilisez la sonde à béquille. Le bec de la sonde suivra la paroi supérieure toujours intacte dans ces cas légers, et vous arriverez à sonder votre malade assez facilement. Songez par des cathétérismes fréquents à **prévenir l'inévitable rétrécissement.**

b) Cas graves; la rupture est complète. — Le malade a perdu du sang en abondance par le méat. Il existe une voussure de la région périnéale. **N'essayez pas de pratiquer le cathétérisme.** Vous ne pouvez espérer que votre sonde, arrivée dans le foyer traumatique trouve elle-même l'orifice postérieur de l'urèthre sectionné. Quand même vous auriez ce rare bonheur, le résultat serait encore mauvais, car l'urine filtrant entre la sonde et la paroi ira infecter rapidement ce foyer anfractueux, rempli de caillots, et déterminera à bref délai une grave infection urineuse.

Donc, d'emblée, faites l'**incision** franche du foyer traumatique. — Détergez, enlevez tous les caillots, jusqu'à ce que vous arriviez sur l'urètre sectionné. — Cherchez les deux orifices de section. — L'orifice postérieur est souvent difficile à trouver.

Passez alors une **sonde** de Nélaton du méat vers la plaie périnéale, introduisez le bec de la sonde dans l'orifice postérieur et pénétrez dans la vessie. — Si les deux surfaces de la section urétrale sont très éloignées, rapprochez les tissus voisins en masse, par un **point de suture.** Mais n'allez pas plus loin dans vos efforts de réparation. — Laissez la plaie béante, et pansez à plat. Vous aurez ainsi la certitude d'avoir évité l'infection urineuse.

Nous avons supposé que vous trouviez l'orifice postérieur de la section urétrale. L'urètre peut cependant être à ce point recroquevillé, écrasé, que malgré tous vos efforts vous n'arriviez pas à le trouver. Il faut alors songer à pratiquer le **cathétérisme rétrograde après cystotomie.** — L'intervention devient alors beaucoup plus sérieuse. — Heureusement les indications de ce cathétérisme rétrograde se posent très rarement, et le plus souvent on pourra avec un peu de patience rétablir le cours normal des urines par la seule voie périnéale. — La sonde à demeure sera conservée cinq à six jours. On la changera au bout de cette période, pour la supprimer aussitôt que possible, on la remplacera par le cathétérisme répété et continué d'autant plus longtemps que la rétrécissement deviendra plus rapidement menaçant.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 28 Juillet 1905 (*suite*)

Présidence de M. NOQUET, vice-président.

Pseudo-rhumatisme infectieux
Ostéo-myélite chronique d'emblée

M. **Le Fort** lit une observation qui est *publiée in extenso dans le présent numéro.*

Diverticule de Meckel

M. **Raviart.** — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de M. **Chardon** et au mien, un diverticule de Meckel trouvé à l'autopsie d'un homme de 69 ans atteint de démence et ayant succombé à la suite de tuberculose pleurale. Ce diverticule, libre, implanté sur le bord convexe de l'intestin grêle, à 70 centimètres du cœcum, a une longueur de 7 centimètres et une circonférence de 6 centimètres environ, son calibre égalant celui de l'intestin. Sa forme est celle d'un doigt de gant. Sa structure paraît la même que celle de l'intestin. Il contenait des matières fécales.

Il se trouvait, ainsi que l'iléon et le côlon transverse, contenu dans une volumineuse hernie inguinale droite.

Maladie de Friedreich. — Rééducation motrice

MM. **Patoir, Raviart** et **Duvivier** relatent l'observation d'un jeune garçon de 15 ans atteint de MALADIE DE FRIEDREICH. Il leur a été impossible de le présenter à la Société, le malade ne pouvant se tenir debout et encore moins se déplacer.

Sauf sa grand'mère paternelle, aliénée, morte à 45 ans, dans un asile, il n'y a rien à relever dans les *antécédents héréditaires* du malade, qui est *fils unique*.

La maladie actuelle a débuté vers l'âge de 7 ans par des difficultés dans la marche, de la maladresse dans les mouvements et des troubles de la parole, etc. Les mouvements choréiformes étaient si marqués à l'âge de 10 ans, que le diagnostic de chorée fut porté. Mais l'attitude spéciale notée dès lors permit rapidement de penser à la maladie de Friedreich.

Les divers troubles présentés par le malade s'accen-

tuèrent progressivement, sauf une aggravation subite qui survint vers l'âge de 12 ans, et le priva momentanément de mouvement et de parole mais ne persista pas.

Actuellement il présente des TROUBLES DE LA MOTILITÉ des plus marqués : Du côté de la *tête* inclinaison vers la droite avec sensation de lourdeur et de fatigue, et balancement à l'occasion des mouvements volontaires ; à la *face* pas de paralysie mais *aspect hébété ;* la *langue* est animée de mouvements difficilement maîtrisés qui rendent la parole pénible et lente ; aux *membres supérieurs* il existe de l'*ataxie* qui rend les mouvements incertains et l'écriture très défectueuse.

Les troubles *choréo-athétosiques* sont moins accentués qu'ils l'ont été, il y a quelques années ; aux *membres inférieurs ataxie* très marquée rendant *la marche et la station debout impossibles.* Même assis commodément, le malade présente très nettement l'*instabilité choréiforme* et son aspect, les jambes écartées, le cou tendu, est typique même dans cette position.

Quant aux TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ OBJECTIVE ils n'existent pas du côté de la peau ni des muqueuses.

Par contre le *sens musculaire* est profondément troublé. La *sensibilité subjective* est atteinte : le malade présente de la *céphalalgie,* des douleurs au niveau du coude. Il est de plus très sensible à *la chaleur* qui l'incommode.

Tous les RÉFLEXES TENDINEUX sont abolis. De même les réflexes plantaire, abdominal et crémastérien gauche ; en revanche les réflexes crémastérien droit, cornéen et pharyngien existent.

ORGANES DES SENS. — Sauf *du nystagmus* à oscillations transversales et lentes, et des bourdonnements d'oreille, rien à signaler.

Intelligence normale et même très développée.

Le malade présente en outre des TROUBLES TROPHIQUES. *Déformation* caractéristique du pied ; *scoliose* ; des troubles VASO-MOTEURS : refroidissement et œdèmes ; SÉCRÉTOIRES : polyurie et sueurs.

A noter en particulier un *vertige* visuel très caractéristique, apparaissant d'une façon intermittente par crises de plusieurs heures et débutant par un nystagmus plus intense.

En somme, à n'en pas douter, un cas de maladie de FRIEDREICH arrivé à la période d'*impotence.*

C'est dans cet état qu'était le malade à la date du 15 janvier 1905 et c'est pour fixer cet état et dans le but d'établir une comparaison que MM. PATOIR, RAVIART et DUVIVIER ont tenu à présenter l'observation ici résumée.

Depuis ils ont entrepris chez leur malade la *rééducation motrice* et ils ont obtenu des résultats si encourageants qu'ils espèrent, dans un temps d'ailleurs impossible à fixer, pouvoir présenter le malade à la Société. Des spécimens de son écriture pris en février 1904 et en juin 1905 montrent des progrès appréciables. Les auteurs pensent, du reste, publier intégralement l'observation dès que les résultats obtenus le leur permettront.

M. **Ingelrans** cite les particularités cliniques qui permettent d'éliminer l'hérédo-ataxie cérébelleuse.

Vingt cas d'idiotie avec autopsie

M. **Raviart** présente au nom de M. **Chardon** et au sien des cerveaux provenant de l'autopsie d'idiots. La plupart des formes anatomo-pathologiques de l'idiotie s'y trouvent représentées ce qui permet de jeter un coup d'œil d'ensemble sur cette partie si curieuse de la pathologie du système nerveux.

Un cas de pseudo-porencéphalie bi-latérale, un autre de pseudo-porencéphalie unilatérale, présentent surtout un intérêt tout particulier.

Une étude iconographique portant sur ce sujet sera prochainement publiée dans ce journal.

M. **Ingelrans** ajoute que la porencéphalie est rare. L'infection syphilitique semble jouer un rôle restreint dans la production de ces lésions.

M. **Raviart.** — C'est avec raison que M. **Ingelrans** fait ressortir le rôle peu important que paraît jouer la syphilis dans l'étiologie de l'idiotie. BOURNEVILLE, dont la pratique est considérable, a bien mis ce fait en évidence. En ce qui nous concerne nous ne relevons que fort rarement la syphilis dans les antécédents de nos malades.

M. **Oui** fait remarquer, qu'en dehors de la syphilis, il existe d'autres infections dont le rôle pathogénique n'est pas éclairci.

MM. **Dubar** et **Carlier** citent l'influence de l'alcoolisme sur la conception.

M. **Raviart.** L'alcoolisme en effet joue un rôle très important et BOURNEVILLE déclare qu'après l'hérédité il tient le premier rang, il l'a trouvé dans les antécédents de près de 50 pour 100 des milliers de sujets idiots qu'il a observés.

M. **Carlier.** — La conception durant l'ivresse alcoolique doit surtout être mise en cause.

M. **Patoir** ajoute que le fait est signalé depuis longtemps par nos auteurs classiques et particulièrement par MOLIÈRE.

M. **Raviart.** — L'état des parents à la conception doit être pris en considération. La conception durant l'ivresse alcoolique a été relevée chez plus de deux cents malades observés par BOURNEVILLE et cet auteur déclare que ces chiffres sont certainement au dessous de la vérité.

M. **Combemale** eut recours dans sa thèse à l'expérimentation pour fixer le rôle pathogénique de l'alcool dans la production de l'idiotie.

Attelles flexibles en noyer

M. **Le Fort** présente à la Société des attelles flexibles en noyer, pouvant servir d'appareil de contention, et être

enclavées au besoin dans la confection d'un appareil silicaté ou plâtré. Ces attelles dont on se sert à l'étranger avec succès, méritent d'attirer l'attention des chirurgiens.

M. **Combemale** se souvient d'une thèse ancienne de 10 ans, dans laquelle l'auteur prônait les attelles en aluminium.

Des transformations de la muqueuse utérine au cours des grossesses ectopiques tubaires

M. **Riche** lit à la Société un intéressant travail, dont le texte sera reproduit *in extenso* dans un prochain numéro.

Abcès à méningocoques

M. **Ingelrans** lit, au nom de M. **P. Paquet**, l'observation suivante :

Le 27 avril 1905, le nommé M..., Camille, fit une chute du haut d'un échafaudage élevé de cinq à six mètres. Je constatai, quelques minutes après l'accident, des contusions multiples, et une fracture des os propres du nez, sans déplacement. Il y avait de la crépitation très nette, un peu d'emphysème limité au point de fracture et à l'espace inter-sourcilier ; la douleur, très vive, était tout à fait limitée en un point de la voûte des os nasaux ; il existait une épistaxis peu abondante.

Le lendemain, la fièvre était grande (39°8 le matin) ; la douleur était atroce, la sensation de tension particulièrement accentuée.

Le 2 mai, la température était encore de 38°5. Le blessé remarqua que, lorsqu'il se mouchait (et ce, très péniblement), un peu de pus sortait par sa narine gauche et, peu après, il se manifesta, à la partie droite de la racine du nez, en dedans et un peu au-dessous de l'œil, de la gêne très grande, accompagnée de rougeur, de chaleur, de tension locale et de fluctuation. Le 9 mai, après une ponction exploratrice, qui prouva la présence du pus, je fis une incision de un centimètre de longueur, par laquelle s'écoula environ un demi-verre à liqueur de pus. La guérison fut complète six jours plus tard.

Le pus recueilli dans la seringue par la ponction exploratrice fut d'abord examiné ex-temporanément. J'y trouvais des diplocoques ne prenant pas le Gram, souvent à l'intérieur des cellules, parfois en chaînettes. Ces diplocoques avaient morphologiquement l'aspect du gonocoque. Croyant d'abord à la possibilité d'un abcès métastatique, dont une uréthrite aurait été la cause première, j'interrogeai le blessé, qui m'affirma, d'une façon tout à fait positive, n'avoir jamais eu de blennorrhagie.

Une goutte de pus fut ensemencée dans du bouillon peptonisé. Après deux jours, la culture commence à pousser très lentement : il y a un peu de dépôt au fond du tube, dépôt adhérent au verre, troublant légèrement le liquide par agitation, mais retombant très rapidement au fond.

Un centimètre cube environ de cette culture est pris en pipette scellée et portée à l'Institut Pasteur de Lille. Le 20 mai, le docteur Vansteenberghe m'adressa la note suivante :

« Les cultures m'ont donné un diplocoque, ne prenant » pas le Gram très semblable au gonocoque, mais s'en » distinguant par une virulence extrême pour les ani- » maux ».

Le 23 mai le docteur Vansteenberghe me donnait de vive voix les résultats de ses expériences. La culture en bouillon-sérum avait poussé très abondamment. L'inoculation de 1 centimètre carré dans le crâne du lapin a occasionné la mort dans le délai de dix-huit à vingt-quatre heures, donnant lieu à des phénomènes tout à fait analogues à ceux causés par l'inoculation du méningocoque, paralysie, raideur de la nuque, hyperesthésie intense de la tête, etc.

J'aurais désiré pouvoir faire examiner le blessé, une fois guéri, au point de vue de ses sinus des fosses nasales, mais il avait quitté la région lorsque je connus le résultat définitif de la culture, et je n'ai pas pu faire procéder à cet examen complet.

Les résultats obtenus avec la culture, l'aspect morphologique du microbe, ses caractères de culture et de coloration, indiquent bien que je me suis trouvé en présence d'un abcès à méningocoques (diplococcus intracellularis de Weichselbaum).

La caractéristique de l'observation que je viens de résumer est donc que l'on peut trouver dans l'organisme, notamment dans les cavités accessoires du nez, sinus ou cellules ethmoïdales, des agents microbiens exactement semblables au méningocoque, dont la virulence, momentanément nulle, peut, sous l'influence d'un traumatisme, être exaltée et produire une réaction légère ; et que ces mêmes microbes, mis dans des conditions de culture favorables à leur développement, peuvent causer, chez l'animal auquel ils sont inoculés, des accidents très graves, et très rapidement mortels.

Le diplocoque de Weichselbaum peut donc être l'hôte habituel ou accidentel de nos fosses nasales, sans provoquer de signes de méningite cérébro-spinale. Peut-être un traumatisme plus violent, atteignant les cellules ethmoïdales postérieures et la lame criblée, aurait-il pu dans le cas présent occasionner une inoculation de la cavité arachnoïdienne, et déterminer l'apparition de signes de méningite cérébro-spinale.

M. **Breton** dit combien est fréquente la présence de méningocoques dans les cavités nasales, à l'état normal et pathologique. MM. Vanstenberghe et Grisey viennent de faire, à ce sujet, une enquête dont les résultats sont concluants.

Corps étranger du gros intestin

M. **Butruille**, de Roubaix, présente l'observation d'un cas un peu spécial qu'il a eu à traiter à l'Hôtel-Dieu de Roubaix.

Il s'agit d'un homme qui s'était introduit, cinq jours auparavant, dans le rectum, un biberon assez volumineux lequel était remonté jusque dans l'S iliaque et même le côlon transverse.

L'extraction par les voies naturelles ayant été, après diverses manœuvres, impossible, malgré l'incision recto-coccygienne, force fut au chirurgien de faire la laparotomie. On constata alors que le biberon était serti dans l'intestin, à la fois distendu et comme contracturé sur le corps étranger, présentant même en un point une déchirure, qui, tout en justifiant la laparotomie, rendait le pronostic plus grave.

Cette fente agrandie, sur une étendue d'une dizaine de centimètres, le biberon put être enlevé : il était plein de matières fécales et constituait en outre un obstacle à la circulation des fèces accumulées au-dessus de lui.

L'intestin fut suturé, la paroi refermée. Mais comme la choce était facile à prévoir dans l'espèce, le malade succomba en quarante-huit heures avec tous les symptômes d'une péritonite généralisée. (*L'observation sera publiée*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le 21 août ont eu lieu à Bersée (Nord), les cérémonies du mariage de M. Jean Desmons, avec Mademoiselle Marthe Barenne. Nous adressons au jeune couple nos meilleurs souhaits de bonheur et de prospérité.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

33e Semaine, du 13 au 19 aout 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	14	7
3 mois à un an	10	12
1 an à 2 ans	»	2
2 à 5 ans	2	3
5 à 20 ans	3	1
20 à 60 ans	9	14
60 ans et au-dessus	4	11
Total	52	50

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	3	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	1	2	1	»	1	»	»	8	16	14
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	1	7	»	»	»	1	»	2	14	14
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	1	»	2	»	»	2	1	»	1	9	1	»	»	»	»	3	21	17
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	2	»	»	2	»	»	»	»	»	2	9	7
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	1	3	1	»	»	»	»	»	»	5	13	5
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	»	»	2	5	9
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	1	»	»	5	»	»	»	»	»	»	9	15
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	3	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	2	6	4
Total	»	»	»	»	»	8	1	»	6	»	»	6	5	3	5	34	2	»	1	1	»	29	98	98

N° 451. Neuvième Année. N° 36 Le Numéro : **10** centimes 3 Septembre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Des transformations de la muqueuse utérine au cours des grossesses ectopiques tubaires (1)

par M. **Riche**, Externe des Hôpitaux

Au cours des grossesses ectopiques tubaires, la muqueuse utérine subit d'importantes modifications qui présentent pour l'histologiste, comme pour le clinicien, le plus grand intérêt. Aussi cette question a-t-elle fixé l'attention des pathologistes qui y ont consacré un assez grand nombre de travaux.

L'observation de deux cas d'hématosalpinx tout au début de grossesse tubaire nous a fourni l'occasion de rechercher si l'on trouvait dans les tout premiers stades les modifications utérines déjà décrites par les auteurs dans d'autres cas plus avancés.

L'étude des transformations de la muqueuse utérine au cours des grossesses ectopiques tubaires a une grande importance pour l'histologiste à qui elle permet de suivre le mode de formation et le développement de la caduque utérine et d'éclairer ainsi un problème difficile à résoudre par le seul examen de grossesses normales. Elle intéresse également le clinicien qui, dans le cas de grossesses ectopiques, doit être prévenu des changements survenus dans la muqueuse utérine s'il veut éviter des erreurs de diagnostic. En effet la production d'une pseudo-caduque, son expulsion possible et les hémorragies qui l'accompagnent, peuvent dans certains cas faire penser à des accidents de dysménorrhée membraneuse, de métrite hémorrhagique, d'avortement, etc., tous accidents qui trouvent leur interprétation naturelle, lorsque l'on connaît les transformations de la muqueuse utérine dans le cas de grossesse tubaire ou, en général, ectopique.

Il est donc intéressant d'exposer tout d'abord l'état de nos connaissances sur ce sujet : nous montrerons ensuite, en relatant nos deux observations, la précocité des modifications de la muqueuse utérine, qui apparaissent dès qu'un œuf se trouve greffé en un point de la muqueuse tubaire. Voyons donc quelles sont les modifications qui surviennent, tant dans l'organe en totalité, que dans la muqueuse, dès qu'une grossesse tubaire se trouve établie. Nous n'entrerons pas, en ce qui concerne la grosse anatomie, dans des détails très circonstanciés, cette étude ayant été faite d'une manière assez complète dans la thèse de M. CAZEAUX (1) : nous rappellerons les faits essentiels.

Il se produit dans l'utérus des modifications de position, de volume et de consistance. En général, dans les cas de grossesse tubaire, l'utérus se trouve en position plus élevée, absolument comme dans les débuts d'une grossesse nor-

(1) Travail du laboratoire d'anatomie pathologique.

(1) CAZEAUX. Thèse de Paris, 1903, n° 38.

male. Les déplacements latéraux variés, signalés par les auteurs, n'ont pas d'importance spéciale. Mais les modifications les plus utiles à connaître sont celles qui ont rapport à la consistance et au volume de l'organe.

Il est de règle, dans la grossesse extra-utérine, que le col soit ramolli ; M. le professeur Pinard (1) insiste particulièrement sur ce fait : nous ne saurions mieux faire que de citer ses paroles :

« Dans presque toutes les observations de grossesse » ectopique, on lit : col petit, dur, non ramolli ; ces mots » consacrent une erreur ; chaque fois qu'il y a grossesse, » qu'elle soit utérine ou extra-utérine, le col est ramolli, » mais ce ramollissement diminue lorsque l'œuf cesse de » se développer : on est parfois appelé à diagnostiquer la » grossesse ectopique, lorsque le fœtus est mort depuis un » certain temps. Dans ce cas, en effet, le col est dur et » n'est plus ramolli. La femme n'est plus en état de » grossesse, puisque le fœtus a cessé de se développer, » elle porte un kyste fœtal. Si au contraire le fœtus est » vivant, dans la grossesse extra-utérine comme dans la » grossesse utérine, le col est ramolli. Le fait est si vrai » que, dans certaines grossesses extra-utérines menées à » terme, le ramollissement du col peut être tel qu'il a pu » faire hésiter des accoucheurs expérimentés sur l'existence de la grossesse extra-utérine ».

Le corps de l'utérus subit le même ramollissement que le col, ramollissement qui également régresse, si la grossesse se termine par la mort du fœtus et la formation de kyste fœtal.

Enfin l'hypertrophie de l'utérus est chose constante, et persiste, même si à la grossesse interrompue succède un hématosalpinx. Certaines circonstances peuvent donner à l'hypertrophie utérine un développement plus marqué, c'est ainsi que « Bandl, Kustner, Hecker ont dit que » l'accroissement de l'utérus était plus manifeste dans les » cas de grossesses interstitielles » (Thèse de Cazeaux).

D'après Wyder (2), la proximité de l'œuf de la paroi utérine, c'est-à-dire la position juxta-utérine de la grossesse, serait également une cause d'hypertrophie plus considérable. Il faut enfin tenir compte de l'âge de la patiente et comme le fait remarquer avec justesse Cazeaux, de l'état de multiparité. On trouvera précisément dans le travail de Cazeaux un petit tableau utile à consulter où se trouvent relatées les dimensions de l'utérus dans différents cas de grossesse tubaire.

A ces changements extérieurs de l'organe doivent être rattachés maintenant les changements anatomiques de la muqueuse utérine.

Les auteurs qui ont le mieux observé et décrit l'état macroscopique d'une muqueuse utérine dans la grossesse tubaire sont Conrad et Langhans (1). Nous reproduisons ici la description donnée par ces auteurs :

« La tuméfaction de la tumeur et le développement de » la décidua s'étend sur tout le corps de l'utérus, à l'exception d'une zone de un centimètre de large située immédiatement au-dessus de l'orifice interne du col. La » muqueuse est molle, d'une couleur blanche et rouge, » comme si les tissus fortement injectés étaient imprégnés » d'un liquide laiteux ; l'épaississement est irrégulier, » d'où il résulte une division de la muqueuse par une série » de sillons en champs plus ou moins étendus. Je constate » cinq sillons principaux qui courent dans l'axe longitudinal de l'utérus et qui se réunissent par des sillons » secondaires très obliques ; il en résulte que, au niveau » du fond, on compte de droite à gauche six champs, les » deux latéraux qui sont les plus grands touchent à l'embouchure des trompes : ces champs mesurent de un centimètre à un centimètre et demi, les champs moyens ne » dépassent guère cinq millimètres ; en se rapprochant du » col, ces champs deviennent plus petits.

» Le développement de ces champs est en rapport avec » celui des vaisseaux : au centre de chacun d'eux on » trouve un vaisseau qui se ramifie « sous forme stellaire ».

Si nous avons cité tout d'abord la description de Conrad et Langhans, c'est qu'elle nous paraît la plus complète, bien qu'elle ne soit pas la première en date. Ercolani (2) déjà, en 1874, avait très nettement signalé la ressemblance de la muqueuse dans la grossesse tubaire à celle d'une caduque véritable, il indique l'hyperhémie considérable, l'épaississement, et un des premiers donne une description histologique de la muqueuse transformée.

Nous abordons avec cet auteur la partie la plus intéressante de cette étude, à savoir celle des modifications histologiques que nous avons exposées. La plupart des auteurs sont unanimes à reconnaître, que la présence d'un œuf dans la trompe entraîne dans le chorion de la muqueuse utérine des changements qui permettent d'y distinguer trois couches ; quelques-uns n'en distinguent que deux, mais cette différence est sans importance, elle ne tient qu'à un détail de nomenclature.

Nous suivrons à ce sujet les divisions établies par Conrad et Langhans, Abel (3), Léopold (4), Zweifel (5), Dobbert (6), Pilliet (7) et Cazeaux.

(1) Pinard. Communication à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiâtrie, juin 1903.

(2) Wyder. *Archiv. für gynœkologie*, Bd. 28, 1886.

(1) Conrad et Langhans. *Archiv. für gynœkologie*, 1876, Bd. 9, page 337.

(2) Ercolani. *Memorie della Academia di Bologna*, série 3, n° 4, page 397 (1874).

(3) Abel. *Archiv für Gynœkologie*, 1871.

(4) Léopold. *Archiv für Gynœkologie*, 1896. Tome X, page 248.

(5) Zweifel. *Archiv für Gynœkologie*, 1891.

(6) Dobbert. *Archiv für Gynœkologie*, 1894. Tome 47, page 224.

(7) Pilliet. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, Paris, 1895, tome 44, page 241.

Prenons la muqueuse utérine et nous verrons avec les auteurs précédents qu'elle se compose :

1° D'une couche superficielle compacte ;

2° D'une couche moyenne dite ampullaire ;

3° D'une couche profonde dénommée glandulaire.

1° *Couche superficielle.* — La muqueuse en totalité peut atteindre 2 et 3 millimètres, au lieu de 1 millimètre, chiffre normal. Sur cette épaisseur, la couche superficielle occupe une étendue très variable que l'on ne saurait exprimer en chiffres, car elle dépend d'une foule de circonstances. Cette couche est surtout remarquable par sa constance et, comme nous le montrerons par nos observations, par sa précocité.

Elle est formée de grandes cellules dénommées souvent déciduales ou cellules de là caduque, qui mesurent de 25 à 30 μ ; mais si l'on parcourt les observations des auteurs, on constate que ces dimensions sont excessivement variables et n'atteignent généralement pas celles que l'on constate dans la grossesse normale. La forme de ces cellules semble varier beaucoup plus dans le cas de grossesse tubaire : les uns les décrivent comme simplement allongées, fusiformes ; d'autres comme de larges éléments d'aspect épithélial ; toutes ces différences tiennent au développement plus ou moins avancé de la grossesse tubaire. On ne peut donc donner aucun chiffre précis à ce sujet.

Ce qui est capital, c'est que toutes ces cellules se trouvent toujours agencées les unes avec les autres sans aucune interposition ni de matière amorphe, ni d'éléments fibrillaires, et qu'elles forment ainsi une nappe continue d'une texture rappelant celle d'un épithélium. Entre ces cellules, beaucoup d'auteurs signalent l'existence de petites cellules rondes isolées ou en amas, ce ne sont là probablement que des leucocytes qui ne nous paraissent nullement faire partie intégrante de la couche superficielle. Comparée à l'état normal, cette zone rappelle de tous points ce qu'on disigne sous le nom de couche compacte de la caduque utérine et l'on peut donc dire que déjà en ce point les processus normaux et ectopiques sont identiques.

2° *Couche moyenne.* — Les glandes, après avoir traversé la couche compacte, subissent dès qu'elles arrivent dans la couche moyenne une augmentation considérable de leur calibre. CONRAD et LANGHANS disent qu'elles s'évasent en entonnoir ; on pourrait aussi bien les décrire comme des ampoules irrégulières qui atteignent un volume tel que le stroma du chorion se trouve réduit à des sortes de colonnes interglandulaires minces et que toute cette couche prend ainsi un aspect cavitaire ou aréolaire, reproduisant de tous points les aspects des couches homologues d'une caduque normale.

D'après CONRAD et LANGHANS l'épithélium est partout en place, il ne manque qu'à l'embouchure des glandes et à la surface de la muqueuse ; la forme des cellules est changée, l'épithélium est plus bas et ressemble plutôt à un épithélium pavimenteux épais. Cette opinion est la plus répandue ; DOBBERT et CAZEAUX l'admettent de tous points ; cependant, d'après CATHARINA VON TUSSENBRŒCK (1), on trouverait « une prolifération et une multiplication de l'épi» thélium ; les cellules forment des couches sur plusieurs » rangs et aussi tombent en partie dans la lumière ; au » niveau de la couche compacte, l'épithélium disparaît. »

Enfin dans cette couche moyenne, le stroma est formé de tissu conjonctif très lâche dont « les cellules et les » fibrilles sont dissociées par de la lymphe. »

On peut dire en somme que c'est le stroma du chorion normal, mais avec une exagération de sa structure adénoïde ; dans notre cas I en particulier cet état réticulé du chorion est très accusé et il semble donc que cette modification est une de celles qui se font d'une manière très précoce.

3° *Couche profonde.* — Dans cette couche profonde se trouvent les culs-de-sac glandulaires ; l'épithélium des glandes est ici bien conservé, bien que dans certains cas on l'ait trouvé desquamé (ABEL). Les cellules ont encore leur forme cylindrique ; quant au stroma, il n'est guère modifié et on y trouve d'abondants leucocytes répandus dans un tissu fibrillaire. C'est en somme la couche qui paraît subir le moins de modifications.

Passons maintenant à la vascularisation de cette muqueuse hyperhémiée. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point qu'il y a une dilatation énorme des vaisseaux et qu'il y a formation de lacunes sanguines à la surface de la muqueuse : nous ne saurions mieux faire que de reproduire le passage de CONRAD et de LANGHANS relatif à cette question :

« Dans les couches superficielles se trouve un réseau de » vaisseaux qui ressemblent à des capillaires mais qui » s'en distinguent par leur plus gros calibre (3 ou 4 fois » plus large qu'un capillaire ordinaire). Ces vaisseaux » n'ont pas de paroi propre, leur trajet est rectiligne ou » flexueux, parallèle au grand axe des champs de la mu» queuse. Les mailles de ce réseau se trouvent directement » à la surface, tellement à la surface qu'en certains points » ce réseau paraît même n'être plus recouvert par le stroma. » Les vaisseaux qui s'élèvent de la profondeur verticale» ment vers ces réseaux, montent jusque presque la surface » où ils s'incurvent à angle droit pour se continuer avec le » réseau.

» Cette couche superficielle est limitée dans la profon» deur par la série des vaisseaux visibles déjà à l'œil nu » et que j'appellerai les veines intermédiaires ; celles-ci » sont directement encastrées dans le tissu décidual, » larges 10 fois plus que les précédentes, elles se trouvent

1. CATHARINA VON TUSSENBRŒCK, *Archiv für pathologische anatomie* VON VIRCHOW, page 207, n° 133.

» surtout dans les parties centrales des champs de la » muqueuse, si le champ est allongé on ne trouve qu'une » seule veine flexueuse; s'il est plus polyédrique, on voit 2 » ou 3 troncs s'assembler. Ces vaisseaux se trouvent à peu » près au milieu de la couche de la décidua ; leur trajet » décrit des flexuosités surtout accusées dans le sens de » l'épaisseur de la muqueuse. Ces vaisseaux se continuent » avec le réseau superficiel par de petites anastomoses ver- » ticales ou légèrement obliques. Dans la partie la plus » profonde de la couche superficielle on trouve de petits » vaisseaux qui s'anastomosent aussi bien avec les veines » intermédiaires qu'avec les veines superficielles : on en » trouve encore un dans chaque espace interglandulaire, » ils descendent et vont dans les travées interglandulaires » de la couche ampullaire.

» Pour les artères, le trajet est difficile à suivre, car l'in- » jection fait défaut. Les résultats sont sujets à caution ; » les artères forment des pelotons en spirale avant de » pénétrer dans la décidua, on les trouve surtout dans les » couches profondes et la couche ampullaire.

» On peut se rendre compte que chacun des champs » macroscopiques est pourvu de plusieurs artères (3 à 4 » pelotons artériels, 1 au centre, 2 à 3 à la périphérie). Le » tissu décidual ne semble pas accompagner les artères ; » là où elles pénètrent dans la décidua elles sont souvent » accompagnées d'un tissu fibrillaire pauvre en cellules. » On peut en certains points suivre la pénétration jusqu'à » la surface, elles montent verticalement, deviennent rec- » tilignes et atteignent le réseau capillaire superficiel. » Il est difficile de voir la pénétration des artères dans les capillaires. L'auteur n'a pu l'affirmer nulle part. En résumé il comprendrait le schéma de la circulation de la façon suivante : Les vaisseaux artériels pelotonnés dans la couche ampullaire ou profonde s'élèvent dans la décidua, deviennent de plus en plus rectilignes et s'ouvrent dans le réseau capillaire superficiel. De ce réseau le sang retourne par de petites anastomoses : 1° dans le système des veines intermédiaires ; 2° dans le système des petits vaisseaux à trajet vertical qui pénètrent dans les travées interglandulaires de la couche ampullaire où ils forment des réseaux anastomotiques. Quant aux grandes voies de retour du sang, l'auteur n'a pu les déterminer d'une façon certaine.

Nous n'insisterons pas sur ce fait que certains auteurs ont décrit 2 couches, d'autres 3, différences qui dépendent soit du degré de développement de la muqueuse, soit parfois même d'une question de nomenclature ; ce qui est plus important que ces variétés de désignation, ce sont les différences dans l'intensité des modifications histologiques. Leur raison d'être se rattache à certaines causes que nous chercherons ici à mettre en évidence. On a invoqué en effet la position et l'âge de la grossesse ; en parcourant les auteurs voici ce que nous avons pu trouver à ce sujet :

Conrad et Langhans. — *1 cas.* — Œuf à un centimètre du corps de l'utérus, grossesse de six semaines. Trompe perméable. Modifications assez marquées de la muqueuse utérine.

Catharina Von Tussenbroeck. — *1 cas.* — Œuf à la partie moyenne de la trompe, grossesse de 4 mois. Trompe imperméable du côté de l'abdomen. Modifications un peu moindres que dans le cas de Conrad et Langhans.

Dobbert. — *2 cas :* 1° Œuf au 1/3 interne de la trompe, grossesse de 4 à 5 semaines. Peu de transformations.

2° Œuf au 1/3 externe de la trompe, grossesse de deux mois 1/2 à trois mois. Modifications profondes.

Léopold. — *1 cas.* — Œuf à l'extrémité abdominale de la trompe, grossesse de trois mois. Moyennes transformations.

Cazeaux. — *2 cas :* 1° Œuf situé près de l'utérus, grossesse de quatre-vingt-douze jours. Modifications complètes.

2° Œuf au 1/3 externe de la trompe, grossesse de soixante-six jours. Peu de modifications.

De ce tableau on peut conclure :

1° Qu'il y a modifications maxima quand l'œuf est situé très près de l'utérus et que la grossesse est avancée.

2° Qu'il y a modifications minima quand l'œuf est à l'extrémité abdominale de la trompe et que la grossesse est récente ; c'est-à-dire, en d'autres termes, que l'intensité des transformations est en raison directe de l'âge de la grossesse et de la distance de l'œuf à l'utérus.

Comme nous l'avons dit au début de cet article, les circonstances nous ont permis récemment d'avoir en mains deux cas d'hématosalpinx liés avec toute évidence à des grossesses tubaires de date très récente. L'état de conception nous a été démontré par la présence de débris de villosités choriales au milieu des caillots sanguins remplissant la trompe. Nous pouvons ainsi en toute certitude décrire les modifications de la muqueuse utérine observées dans ces cas comme étant sous la dépendance d'une grossesse arrêtée dans son évolution.

Cas I. — Grossesse tubaire droite terminée par hématosalpinx et hématocèle (observation publiée dans l'*Echo Médical* du 5 février 1905 par M. le professeur Oui et Descarpentries, interne).

Il s'agit ici d'une femme de 35 ans, mariée, et n'ayant jamais eu d'enfants. Nous n'insisterons pas sur les détails d'observation que l'on retrouvera dans la publication de Monsieur le professeur Oui, nous attirerons simplement l'attention sur ce fait que la grossesse paraît, d'après les renseignements cliniques, remonter à 4 semaines, tout au plus à 6 semaines.

Examen anatomique. — Les pièces sont constituées par les annexes droites et gauches et le corps de l'utérus hémisectionné ; la section porte sur le bord droit de la cavité de sorte que la presque totalité de celle-ci se trouve sur le segment gauche ; elle porte également au niveau du col qui est resté en place, car il s'agit d'une amputation subtotale. Le poids total de ces pièces est de 80 grammes,

il ne dépasse donc le poids normal que de dix grammes environ.

L'utérus, sur ses faces externes, ne présente rien de particulier. Les dimensions sont : longueur 33 millimètres, diamètre antéro-postérieur minimum 25 millimètres, entre les insertions tubaires 40 millimètres : chiffres qui diffèrent très peu des chiffres normaux.

La paroi utérine a comme épaisseur : 22 millimètres en arrière, 20 millimètres en avant et 17 millimètres au niveau du fond. Ici nous pouvons noter une différence appréciable avec l'épaisseur d'un utérus non gravide, puisque ce dernier a une épaisseur moyenne de 10 millimètres. Ces différences sont encore plus grandes, car ces chiffres, qui ont été pris sur les pièces fixées au formol et à l'alcool doivent être légèrement augmentés en raison de la rétraction produite par les réactifs.

Les deux trompes sont volumineuses, du volume de l'index, rétractées, contournées en S et soudées par leur pavillon à l'ovaire ; elles mesurent environ 8 centimètres.

Sur la coupe on ne voit pas la lumière normale et tout le champ de la section est formé par un tissu de coloration blanchâtre, mais qui n'est autre chose que la muqueuse tuméfiée.

Les annexes droites présentent comme particularité un énorme caillot sanguin de forme ovalaire, du volume d'une petite noix, occupant toute l'extrémité externe de la trompe et mesurant 35 millimètres de long sur 30 millimètres d'épaisseur. La courbure en S est beaucoup plus accentuée sur la trompe infiltrée par l'hémorrhagie ; elle a une longueur de 37 millimètres, depuis l'embouchure utérine jusqu'au pôle interne de l'œuf, en supposant les sinuosités déployées. A la coupe le caillot reste fixé en partie du moins contre la trompe. L'examen histologique explique d'ailleurs cette adhérence : on a constaté que ce caillot, contenant des villosités choriales, était comme enchâssé par la muqueuse de la trompe.

Examen histologique. — Sur une coupe comprenant la muqueuse et le muscle environnant, on constate que la cavité utérine de forme aplatie mesure environ 1 centimètre de long sur 1 millimètre de large; la muqueuse varie d'épaisseur : sur la face antérieure, elle atteint 1 millimètre 5 ; sur la face postérieure, elle n'excède guère 9/10e de millimètre : dans l'angle droit de la cavité elle atteint son maximum qui est d'environ 2 millimètres 5.

Sur tout le pourtour de la cavité, on constate un épithélium cylindrique encore bien en place sur la majeure partie de la face antérieure ; sur la face postérieure il est moins bien conservé et manque sur des étendues variables ; au niveau des angles latéraux de la cavité, l'épithélium est disparu en grande partie ; là où il existe, il ne présente rien d'anormal ; il est formé de petites cellules cubiques disposées sur un rang, ne laissant toutefois entrevoir aucune trace de cils vibratiles.

Chorion. — Le chorion de la muqueuse diffère de l'état normal :

1° Par une moins grande abondance de glandes ;

2° Par une structure plus irrégulière, qui permet de la diviser en plusieurs couches ;

3° Par une limitante moins précise au niveau des couches musculeuses.

Le chorion peut être divisé en effet en deux zones distinctes et par place même en trois en allant de la surface à la profondeur.

Une première couche très mince immédiatement sous-épithéliale et mesurant environ 202 μ sur toute la surface postérieure ; elle s'épaissit considérablement vers l'angle droit de l'utérus où elle atteint jusqu'à 405 μ, près de 1/2 millimètre, formant à peu près le 1/3 de l'épaisseur totale de la muqueuse qui en ce point est particulièrement développée.

Cette couche superficielle d'aspect dense a ceci de particulier, qu'elle ne présente pas une répartition absolument régulière sur tout le pourtour de la cavité. Elle forme un liseré continu tout le long de la face postérieure ; mais sur la face antérieure elle ne borde le chorion du côté de la cavité qu'environ sur le 1/3 droit de cette face. Vers la gauche la couche superficielle quitte la surface épithéliale, et s'enfonce, sous forme d'une traînée, à l'intérieur du chorion, où elle se termine, en s'effilant, à peu de distance de l'angle gauche et à environ 270 μ de l'épithélium superficiel. Cette couche partout où elle existe présente une structure identique, elle contraste avec le reste du chorion par sa texture très compacte, étant formée de cellules intimement tassées les unes contre les autres sans aucune trace de fibrilles ni même de matière amorphe intermédiaire.

Les cellules, qui forment toute cette couche, ont la plupart du temps des formes allongées à grand axe parallèle à la surface épithéliale, elles mesurent environ de 40 à 50 μ de long, présentant des noyaux ovales très fortement colorés en masse ; par places surtout vers la surface et au voisinage des orifices glandulaires les limites des cellules perdent de leur netteté ; vers l'angle droit de la cavité, là où la couche atteint son plus grand développement, les cellules prennent aussi une forme plus irrégulière, plus polyédrique.

Un autre caractère très marqué est la limitation précise de cette zone de tissu compact vers la profondeur, elle se sépare en effet du reste du chorion par une ligne de démarcation tout à fait nette qui accuse d'autant mieux la densité de sa texture. Les orifices glandulaires sont beaucoup plus espacés qu'à l'état normal, et, là où ils existent, on voit encore très nettement l'épithélium superficiel y

pénétrer en traversant la couche compacte que nous venons de décrire. Immédiatement au-dessous de la zone superficielle dense, le chorion apparaît brusquement d'une laxité tout à fait anormale ; dans toute la partie moyenne de son épaisseur, il n'est plus formé que par de petits éléments fusiformes ou étoilés anastomosés entre eux par de fines expansions et réalisant ainsi le type d'un tissu adénoïde à larges espaces de matière cellulaire. Cette couche lâche semble comme dissociée par l'œdème interstitiel, elle est traversée par les canaux glandulaires et par de nombreux petits vaisseaux presque tous gorgés de sang.

Plus profondément enfin, existe de nouveau un stroma plus serré, formé d'éléments fusiformes entremêlés de fines fibrilles conjonctives, qui, s'élevant des couches musculaires, viennent se perdre entre les éléments constitutifs de cette zone.

C'est également dans ces parties voisines du muscle que le chorion renferme le plus grand nombre de glandes pourvues d'un épithélium bien conservé et en général muni de cavités un peu plus larges qu'à l'état normal.

Vaisseaux. — Les vaisseaux sont abondants dans la muqueuse ; il existe surtout dans la couche moyenne à structure adénoïde une série de petits troncs à parois très minces et même dépourvus de toute paroi propre, qui s'élèvent verticalement et viennent se terminer dans la couche compacte superficielle en un fin réseau, qui, par places, se montre également rempli de globules sanguins et semble même avoir donné lieu à de petites hémorragies interstitielles.

Muscle. — La couche musculaire ne présente aucun foyer d'infiltration de petites cellules, aucune trace de métrite interstitielle aiguë ; on peut néanmoins affirmer que le tissu interstitiel y paraît un peu plus développé qu'à l'état normal, donnant ainsi à l'ensemble de la couche musculaire une structure plus compacte que celle de l'utérus intact.

En somme, nous voyons que, dans cet organe, se trouvent reproduits, mais d'une manière très atténuée, les détails que d'autres auteurs ont décrit dans des cas de grossesse plus avancée. Nous avons un épaississement partiel de la muqueuse, une transformation de celle-ci qui permet d'y distinguer une zone compacte offrant les caractères d'une caduque à peine ébauchée ; une couche moyenne lâche, de structure adénoïde, comme infiltrée de sérosité ; une couche profonde plus dense, de structure presque normale, renfermant des glandes déjà dilatées. Enfin on retrouve également dans cette muqueuse la vascularisation considérable et les dilatations capillaires qui sont généralement notées dans les utérus de grossesse tubaire. Toutes ces différenciations toutefois ne sont ici que très atténuées, et on peut dire que l'on a sous les yeux, dans le cas présent, les premiers stades de la transformation déciduale de la grossesse extra-utérine.

Cas II. — Il s'agit dans ce cas d'un hématosalpinx provenant d'une grossesse ectopique, sur laquelle nous ne possédons aucun renseignement clinique.

Examen anatomique. — Les pièces sont constituées par les annexes droites et gauches et par l'utérus enlevé par une amputation subtotale et hémisectionné, la section portant sur la partie gauche de l'utérus.

Le poids total de ces pièces est de 110 grammes, ce qui diffère notablement du poids normal qui est de 70 à 80 grammes. L'utérus ne présente pas traces d'adhérences, mais il est à signaler qu'il est comme criblé de petites tumeurs arrondies, de consistance ferme et élastique, paraissant à la coupe formées d'un tissu dense de couleur blanche ; la plupart de ces petites tumeurs qui sont des fibro-myomes sont encore intrapariétaux de petit volume mesurant de 4 à 6 millimètres de diamètre. On peut en compter jusqu'à 12 dans la paroi utérine ; mais de plus on remarque quelques-uns de ces fibro-myomes présentant une dimension plus grande et devenus sous-péritonéaux, 2 ou 3 atteignent jusqu'à 2 centimètres 1/2 de diamètre.

Les dimensions de l'utérus sont :

Pour la hauteur du corps, 42 millimètres ;

Pour ses diamètres transverses : maximum 60 millimètres ; minimum 32 millimètres ;

Ces chiffres présentent une différence avec les chiffres normaux.

La paroi utérine a, comme épaisseur, 30 millimètres en avant, 24 millimètres en arrière et 20 millimètres au niveau du fond. L'épaisseur de la paroi est ici plus que doublée, puisque dans l'utérus normal on a une moyenne de 10 millimètres.

Les annexes gauches sont constituées par la trompe perméable sur toute son étendue, à parois épaisses, mesurant 9 centimètres de longueur, et l'ovaire d'apparence normale, présentant un petit kyste sur sa partie supérieure, et mesurant 35 millimètres de grand axe entre les insertions des ligaments tubo-ovariens et utéro-ovariens, 23 millimètres d'épaisseur et 25 millimètres de hauteur.

Annexes droites. — La trompe droite mesure 11 centimètres ; ses parois sont épaisses, sa lumière béante ; elle est perméable sur une étendue de cinq centimètres environ, niveau auquel on remarque, opposé à l'aileron supérieur et situé sur la partie postéro-supérieure de la trompe, un caillot sanguin, mesurant trente-trois milimètres de hauteur pour vingt-six millimètres d'épaisseur, remplissant la totalité de la lumière de la trompe et en distendant toute la partie libre. L'examen histologique de ce caillot révèle la présence de quelques villosités choriales reconnaissables encore à un reste de revêtement sinusial. Au-dessous du caillot se trouve l'ovaire absolument normal.

Examen histologique. — La cavité utérine aplatie mesure un centimètre et demi de long sur un demi-millimètre de large. La muqueuse mesure ici environ deux millimètres sur tout le pourtour de la cavité et deux millimètres et demi à l'un des angles, l'épithélium superficiel est parfaitement conservé sur toute l'étendue de la cavité et on le voit pénétrer régulièrement dans l'embouchure des glandes.

Contrairement à ce que nous avons vu dans le cas précédent il n'y a plus ici à subdiviser le chorion en couches distinctes, il est bien un peu plus dense dans sa partie profonde comme c'est de règle à l'état normal ; mais, en somme, ne présente aucun clivage en plans séparés. Sa structure toutefois est loin d'être normale, les cellules qui forment la totalité de la muqueuse sont en effet en général de forme plus allongée que dans un utérus sain, elles affectent presque partout l'aspect d'éléments fibro-plastiques, c'est-à-dire de cellules fusiformes allongées et se disposant en faisceaux et en nappes parallèles à la surface épithéliale ; autour des glandes elles forment des traînées qui en circonscrivent les cavités et les culs-de-sac de telle sorte que la totalité du chorion présente une texture infiniment plus dense qu'à l'état normal, on ne trouve pas de chorion lâche à cellules anastomosées ; en deux ou trois points il semble s'être fait des hémorrhagies légères, et de l'infiltration œdémateuse, d'ailleurs l'élément fibrillaire est aussi plus abondant dans ce chorion, un grand nombre de fines fibrilles venant de l'interstice de la couche musculaire se répandent dans la couche profonde de la muqueuse et forment une trame intercellulaire assez abondante qui persiste jusque dans les régions les plus voisines de l'épithélium.

Les glandes enfin sont incontestablement écartées les unes des autres au niveau de leur embouchure, elles sont séparées par un espace égal à quatre fois le calibre du conduit glandulaire, un tout petit nombre se présentent coupées en leur axe, presque toutes sont reployées, pelotonnées plus ou moins et formant au contact de la couche musculaire une région ou de larges culs-de-sac s'étalent affectant les formes les plus variées. Les épithéliums glandulaires sont d'ailleurs partout en place ; les limites de la musculaire et du chorion sont nettement accusées. Les couches musculaires elles-mêmes ne présentent aucune modification.

En résumé dans ce second cas les modifications qui ont été décrites comme accompagnant les grossesses ectopiques ne paraissent pas s'être produites. Tout ce que l'on peut dire du cas présent, c'est que la muqueuse paraît hypertrophiée, qu'elle est formée d'un tissu conjonctif plus organisé qu'à l'état normal et que ses glandes paraissent plus séparées les unes des autres. Ce sont là les caractères que l'on attribue généralement à l'endométrite interstitielle.

Conclusions. — Dans notre premier cas nous avons pu observer des modifications qui ont été signalées par les auteurs dans les grossesses tubaires, avec cette seule différence que ces modifications étaient très légères, montrant ainsi, que, aussitôt qu'un œuf se trouve fixé en un point de la paroi tubaire, la muqueuse utérine réagit en produisant la formation d'une caduque. Il nous a donc été possible avec notre premier cas de nous rendre compte des premiers stades du développement de la caduque, et l'on voit qu'ils se résument en trois faits :

1° L'apparition d'une très mince couche compacte superficielle qui en certains points même abandonne le bord épithélial et se perd dans le chorion.

2° Une sorte d'œdème lymphatique qui distend la couche moyenne du chorion, lui donne une texture beaucoup plus lâche et fait apparaître avec plus d'évidence qu'à l'état normal l'aspect réticulé du stroma de la muqueuse.

3° Le développement très précoce de petits capillaires tout à fait superficiels formant de véritables lacs sanguins sous-épithéliaux. C'est à l'imbibition lymphatique du chorion que paraît dû principalement l'épaississement de la muqueuse.

Notre second cas est tout à fait différent, cependant il nous semble que nous pouvons le rapprocher du cas d'hématosalpinx d'origine gravidique rapporté par Cazeaux dans lequel l'auteur a constaté une endométrite chronique. Il nous semble permis de croire que, aussi bien dans le cas de Cazeaux que dans le nôtre, l'endométrite était préexistante à la grossesse tubaire et que c'est cette lésion de la muqueuse qui a entravé sa réaction habituelle au cours des grossesses ectopiques.

La seule objection qu'on pourrait soulever c'est que l'absence de caduque dans les deux cas précédents pourrait être le résultat d'une expulsion préalable, comme le signale Pilliet. D'après cet auteur, la pseudo-caduque formée au cours d'une grossesse tubaire peut se détacher et être expulsée, accident qui ne serait pas suivi d'une réfection d'une nouvelle caduque, mais bien d'une inflammation aboutissant à la métrite chronique. Cette interprétation ne nous paraît guère applicable au cas relaté plus haut. L'expulsion, en effet, quand elle a lieu, ne se fait d'ordinaire qu'au 3e ou 4e mois, à une période, par conséquent, déjà avancée de la grossesse.

Les cas d'hématosalpinx relatés ici, celui de Cazeaux et le nôtre, ont trait au contraire à des grossesses à peine développées. Il nous paraît plus probable que ces 2 observations en question doivent être considérées comme des cas d'endométrite interstitielle préexistant à l'état gravidique et ayant empêché la réaction déciduale de la muqueuse.

Comme on le voit, non seulement par nos deux observations, mais aussi par la courte revue que nous avons faite

des travaux qui traitent le présent sujet, la grossesse ectopique tubaire a un retentissement sur la muqueuse utérine, qui, en général, subit des transformations presque identiques à celles provoquées par une grossesse normale.

De ce fait qu'il y a hyperhémie de la muqueuse, formation d'une membrane caduque plus ou moins parfaite et quelquefois même endométrite consécutive, il est certain que, devant des hémorrhagies, devant des accidents d'expulsion de membrane rappelant la dyménorrhée membraneuse ou un avortement, le clinicien devra penser à l'existence possible d'une grossesse tubaire.

Pilliet va encore plus loin, en particulier pour la dysménorrhée membraneuse, il paraît accuser presque toujours la grossesse tubaire :

Voici d'ailleurs le passage relatif à ce sujet :

« Il est évident, dit-il, que l'expulsion d'une caduque » utérine quand l'œuf existe inaperçu dans une trompe, » constitue un cas typique de dysménorrhée membra- » neuse ; il s'agit de savoir si c'est une variété plus ou » moins rare de la maladie, ou si c'est le type qu'on ren- » contre le plus souvent. *Nous n'hésitons pas à pencher* » *pour l'affirmative !*

En somme, au point de vue pratique, tout le diagnostic repose sur ce fait que : soit dans les morceaux de membranes expulsés, soit dans les caillots sanguins, on trouvera en cas de grossesse ectopique des lambeaux de chorion à structure de caduque, sans traces de débris placentaires ; ceux-ci, au contraire, accompagnent constamment les fragments de caduque quand il s'agit d'un avortement au cours d'une grossesse utérine. L'examen histologique est donc indispensable pour établir le diagnostic.

Consultations Médico-Chirurgicales

Dyspepsie hyperchlorhydrique

Professeur H. Surmont.

INFORMATIONS CLINIQUES. — La dyspepsie hyperchlorhydrique ou hyperpepsie ou hypersthénie gastrique est un syndrome qui se rencontre très fréquemment en clinique ; elle est soit primitive, soit secondaire, ou plutôt elle se rencontre soit isolément, soit en même temps que des états pathologigues divers, dont il est souvent difficile de dire si elle les complique ou si elle les prépare, qu'il s'agisse d'affections gastriques comme l'ulcère de l'estomac simple ou chronique, le rétrécissement du pylore, etc.; d'affections des voies biliaires ou des autres organes abdominaux, d'affections organiques ou inorganiques du système nerveux, d'excès médicamenteux, etc. Dans ces conditions, il est difficile de donner, une description univoque, s'appliquant à tous les cas : il y a cependant un certain nombre de types cliniques assez fréquents qu'il y a intérêt à rappeler.

I. La *crise hyperchlorhydrique* se manifeste après les repas, sous forme de sensations douloureuses variées plus ou moins intenses, accompagnées ou non de pyrosis dont la seule caractéristique est l'heure tardive de leur apparition. Peu intense, la crise se borne à ces sensations douloureuses ; plus intense, elle s'accompagne du rejet du contenu de l'estomac : c'est-à-dire à la fois du rejet du reliquat des aliments ingérés et du liquide sécrété, ce dernier, étant d'une acidité extrême.

Chez certains sujets, au moment des crises, l'estomac se vide, non par le cardia, mais par le pylore, déterminant une diarrhée paroxystique sur la nature de laquelle il importe de ne pas se tromper. C'est la *crise hyperchlorhydrique à forme diarrhéique.*

Les premières crises hyperchlorhydriques sont, fréquemment, médio-nocturnes; elles peuvent, ultérieurement, se produire dans la journée, voire même après tous les repas, l'heure de la crise se rapprochant d'autant plus de l'heure du repas que l'hypersécrétion chlorhydrique est plus marquée.

II. Chez certains sujets, l'hyperchlorhydrie est absolument latente et ne peut être révélée que par l'analyse du contenu de l'estomac. Dans ces cas, des crises paroxystiques très espacées ou des manifestations exceptionnelles, telles que la diarrhée habituelle, ou tout à fait secondaires appellent seules l'attention du médecin. C'est l'*hyperchlorhydrie latente.*

III. L'*hyperchlorhydrie vulgaire peut être discontinue ou continue.* Discontinue, elle se manifeste par périodes durant de quelques jours à plusieurs semaines ; continue, elle dure plusieurs mois et même plusieurs années. Dans ces deux formes, les sensations douloureuses survenant tardivement après les repas se prolongent jusqu'au repas suivant qui les calme pour un temps plus ou moins long et les provoque à nouveau ; avant le premier repas du matin, il n'y a pas de douleurs : il existe des sensations variées mais impérieuses de faim normale ou pervertie. Il y a de la dilatation gastrique ; mais l'estomac est vide, le matin à jeun ; la constipation est habituelle, les troubles nerveux sont constants.

IV. Au bout d'un certain temps, le malade souffre le matin, à jeun ; l'estomac clapote au réveil et par la sonde on ramène une quantité variable de suc gastrique pur, sans débris alimentaires, dans lequel l'analyse, même sommaire, décèle l'existence d'acide chlorhydrique libre facile à caractériser ; l'estomac surexcité continue à secréter à vide : l'*hyperchlorhydrie avec hypersécrétion* est constituée. Phénomènes intestinaux et nerveux, troubles

à distance, retentissement sur l'état général, sont plus accentués que dans la forme précédente.

V. Chez d'autres malades, l'introduction de la sonde permet de constater dans l'estomac, le matin, non seulement du liquide d'hypersécrétion, mais des résidus alimentaires provenant des repas de la veille ou même des jours précédents : le *syndrome de Reichmann* est alors au complet.

Dans toutes ces formes, l'hyperchlorhydrie est habituellement aisément constatable, par l'analyse, une heure après le début du repas d'Ewald.

L'exploration méthodique de l'estomac met en évidence des *formes précoces* dans lesquelles, au bout de ce délai, l'hyperchlorhydrie n'existe plus et des *formes tardives* dans lesquelles elle n'existe pas encore.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — La nature intime de l'hyperchlorhydrie est complexe et encore discutée. Les indications thérapeutiques ne peuvent donc pas être basées sur une pathogénie unique et il faut se contenter de remplir un certain nombre d'indications symptomatiques.

Une première indication majeure est celle d'éviter toute alimentation ou médication susceptible de déterminer une excitation quelconque de l'estomac ou du système nerveux ; une seconde est de faciliter, dans la mesure du possible, le transit stomacal, de façon à empêcher l'établissement de l'hypersécrétion permanente ; il convient, en troisième lieu, de combattre les effets nocifs de l'hyperacidité sur la sensibilité gastrique. On doit veiller, d'autre part, à maintenir les forces du malade par une alimentation appropriée, tous les hyperchlorhydriques ayant une tendance fâcheuse à l'amaigrissement. Il faut, enfin, agir sur le système nerveux dont l'équilibre fonctionnel est compromis primitivement ou secondairement, chez tous les malades de cet ordre.

TRAITEMENT. — Il y a lieu, au point de vue du traitement, d'envisager séparément les cas où l'hyperchlorhydrie est simple, ceux où elle se complique d'hypersécrétion et, surtout, ceux où il existe en même temps de l'hypersecrétion et de la stase (syndrome de REICHMANN) ; il y a lieu, aussi, de tenir compte des affections concomitantes : ulcère simple ou ulcère chonique de l'estomac, lithiase biliaire, cholémie, tabes, névroses, etc.

A. Hyperchlorhydrie simple. — Le régime alimentaire, l'hygiène générale, quelques rares moyens médicamenteux, constituent le fond du traitement de l'hyperchlorhydrie simple.

RÉGIME ALIMENTAIRE. — Ne pas oublier de spécifier nettement les interdictions et les permissions.

On interdira : l'usage immodéré du sel, les épices stimulants dont sont si avides les dyspeptiques : poivre, moutarde, cornichons, pickles, etc. ; les hors-d'œuvre : tomates, concombres, radis, céleri, betterave ; les viandes grasses, les poissons gras : maquereau, saumon, anguille, les poissons conservés à l'huile ; les sauces grasses, le beurre fondu, le beurre noir, les mayonnaises, les béarnaises, les sauces au vin, au vinaigre ; les aliments fermentescibles, tels que le gibier, particulièrement le gibier faisandé, les fromages forts ; les légumes acides : oseille, ou trop indigestes : chou, chou-fleur, chou de Bruxelles, chou rouge, les crudités : salades variées ; les fruits acides : groseilles, cerises aigres, prunes vertes, pommes, poires, framboises.

Parmi les boissons, l'interdiction pèsera sur tous les vins purs ; au début de la cure, il sera même prudent de les interdire complètement ; ainsi que les bières même légères, le cidre, le café, le thé, la camomille, la menthe, les liqueurs pures.

Il faut également proscrire l'usage d'un certain nombre de substances réputées très nutritives : telles que peptone, extraits de viande, etc., qui ont une action excito-sécrétoire très marquée.

On autorisera les aliments suivants, en se souvenant, toutefois, que les hyperchlorhydriques digèrent admirablement les albuminoïdes et ont, de ce fait, une tendance à en user exagérément : il faut se rappeler que les albuminoïdes ont l'inconvénient de laisser peu de résidus dans l'intestin et d'augmenter, ainsi, la tendance à la constipation, d'une part, et, d'autre part, d'entretenir l'hypersécrétion chlorhydrique. Il est donc important de doser la quantité d'albumine à tolérer et de la prescrire sous la forme la moins excitante : à cet égard, **le lait utilisé comme il convient ; le laitage : flans, crèmes ; les œufs crus, doivent tenir la première place** dans le régime des hyperchlorhydriques. Les viandes les mieux tolérées sont celles de bœuf, de mouton, de cheval, bien dégraissées et rôties ; les viandes blanches : telles que le veau, le lapin, le poulet, rôties ou préparées au blanc ; le porc totalement débarrassé de graisse, rôti et consommé froid ; le maigre de jambon, la langue de bœuf fumée.

Parmi les fromages, on ne tolèrera que le fromage frais ou le Gervais.

Le pain sera permis en petite quantité et de préférence grillé. On permettra les biscuits secs et les pâtes légères, non feuilletées.

Comme boisson, on recommandera aux malades l'usage exclusif de l'**eau pure**, à laquelle on se trouvera souvent bien d'ajouter une très petite quantité de cognac, une cuillerée à café par verre d'eau : la suppression radicale des boissons fermentées ayant souvent pour résultat, chez les nerveux en particulier, de provoquer un état de dépression marquée.

Les légumes qui conviennent le mieux aux hyperchlorhydriques, quand on n'en abuse pas, sont les féculents sous forme de purées : pommes de terre, haricots, châtaignes, pois secs, lentilles. On ne permettra les légumes verts peu acides, qu'en très petites quantités. Le riz et les pâtes alimentaires ne devront être permis qu'à petites doses, surtout s'il y a de l'hypersécrétion marquée.

Fréquence et hygiène des repas. — Au début de la cure et dans les cas graves, les repas auront lieu toutes les trois ou quatre heures, selon la rapidité d'évacuation du contenu de l'estomac ; en tout cas, **ces repas devront être peu copieux** et les malades devront **s'appliquer à mâcher lentement** les aliments ; au fur et à mesure que l'état gastrique s'améliorera, on tâchera de diminuer la fréquence des repas, pour arriver à trois par vingt-quatre heures, de façon à éviter la trop fréquente mise en train de la sécrétion gastrique.

Les malades hyperchlorhydriques doivent **garder le repos après leurs repas** : quand les phénomènes douloureux sont accusés, il faut recommander à ces sujets de faire la sieste dans un fauteuil ; on leur conseillera, aussi, de cesser tout exercice physique ou cérébral, une demi-heure avant l'ingestion d'aliments.

HYGIÈNE GÉNÉRALE. — Chez les hyperchlorhydriques, le système nerveux est généralement surexcité : on aura recours à l'**hydrothérapie tiède**, sous forme de lotions, de douches et de bains très courts. Quand les malades commenceront à s'améliorer, on pourra recommander l'usage des douches écossaises ; l'**hydrothérapie froide ne sera autorisée que lorsque l'état sera considérablement modifié** déjà.

Localement, les hyperchlorhydriques qui ont des phénomènes douloureux très accusés se trouvent très bien des **applications chaudes**. Celles-ci seront faites, soit après le repas de midi, pendant la sieste, soit pendant la durée du sommeil nocturne, de préférence sous forme d'applications permanentes de compresses chaudes ; à cet effet, les malades doivent maintenir sur le creux épigastrique de la tarlatane douze ou quinze fois repliée sur elle-même, imbibée d'eau très chaude. Pour empêcher le refroidissement et le dessèchement, la tarlatane est protégée par un taffetas chiffon recouvert d'une épaisse écharpe d'ouate cardée ; le tout est fixé en place au moyen d'une bonne ceinture de flanelle.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX. — Il est tout aussi important d'éviter certains agents médicamenteux qu'on serait tenté de prescrire qu'il l'est d'établir certaines interdictions dans le régime alimentaire.

a) Médicaments qu'il faut éviter : Tous les médicaments irritants ou excitants sont à éviter, tels les **amers avant les repas** ; les **acides après les repas** ; les **peptones** et les autres produits d'origine carnée : somatose, extraits de viande, bouillon, marmite américaine, thé de bœuf. **Le sel**, en raison de son élimination partielle au niveau de la muqueuse gastrique, ne devra être toléré qu'à la dose maxima de quatre grammes seulement par vingt-quatre heures ; pour arriver à **faire accepter le régime hypochloruré**, le mieux est de recommander de préparer les mets sans sel : on salera dans l'assiette, au moment de prendre les aliments. **On interdira le bicarbonate de soude**, lequel, ingéré avant les repas, a l'inconvénient d'exciter la sécrétion gastrique et, absorbé au cours de la digestion, celui de déterminer secondairement à l'action sédative d'abord obtenue, une hypersécrétion d'acide chlorhydrique ; d'où il résulte que ce médicament entretient le mal que l'on cherche à combattre et amène le malade à prendre des doses progressivement croissantes d'alcalins ; il faut signaler encore l'inconvénient du dégagement gazeux considérable, produit au sein de l'estomac acide par le bicarbonate de soude, inconvénient qui favorise la tendance aux éructations si fréquente chez les dyspeptiques névropathes. **La belladone, bien que préconisée par quelques auteurs, nous a toujours paru inutile.**

b) **Médicaments que l'on peut prescrire.** — Les médicaments que l'on peut prescrire sont les poudres absorbantes alcalino-terreuses : par exemple on prescrira un mélange de **carbonate de chaux** précipité et de **magnésie calcinée** en proportions respectivement variables, suivant le degré de constipation des malades, à la dose d'une cuillerée à café, à prendre une demi-heure après chaque repas ; renouveler la dose plus tard, encore, s'il apparaît des sensations douloureuses ou simplement désagréables.

Dans certains cas, particulièrement lorsqu'il s'agit de malades déprimés, on se trouve bien de joindre à cette médication l'usage de la **limonade phosphorique** du codex à prendre un quart d'heure avant les repas, par doses de trente à soixante grammes.

B. Hyperchlorhydrie avec hypersécrétion permanente. — Les prescriptions diététiques et hygiéniques sont les mêmes que pour les formes précédentes. Il pourra être utile, dans cette forme, d'avoir recours à une cure de **Brides** : soit en donnant cent grammes d'eau de Brides, trois fois par jour, vingt minutes avant les repas, soit en prescrivant une demi-cuillerée à café de sel de Brides, dissous dans cent grammes d'eau chaude.

On peut employer de la même façon les eaux et sels de **Carlsbad** ou l'eau de **Vichy** à laquelle on ajoutera quatre à six grammes de sulfate de soude par bouteille. Il faut se rappeler que les cures de Carlsbad et de Vichy agissent particulièrement bien chez les malades hyperchlorhydriques qui ont des troubles biliaires, mais que

ces cures sont fatigantes ; aussi ne faut-il les recommander qu'aux sujets résistants, non déprimés, et non hypoazoturiques.

C. Hyperchlorhydrie avec hypersécrétion permanente et stase alimentaire (syndrome de Reichmann). — Beaucoup de malades présentant le syndrome de Reichmann sont atteints de rétrécissement pylorique ou sous-pylorique et doivent être traités par la **gastro-entérostomie**.

Quant aux cas qui ne relèvent pas du même mécanisme pathogénique, ils doivent être traités comme ceux qui rentrent dans les formes d'hyperchlorhydrie ci-dessus décrites. On devra être particulièrement sévère au sujet des prescriptions ayant trait au régime alimentaire : il sera bon de **commencer la cure par la suppression de toute alimentation solide** : on prescrira le **lait écrémé**, à boire seulement par petites doses plusieurs fois répétées par heure et additionné d'eau de chaux, ou, si le lait est mal toléré, les **potages très épais** aux différents gruaux d'avoine, d'orge, additionnés d'œufs crus entiers.

On ne devra pas négliger, dans les cas de cette catégorie, **le pansement au bismuth** qui doit être effectué le matin à jeun, au moyen d'un lait de bismuth préparé en délayant vingt à trente grammes de sous-nitrate de bismuth dans deux cents grammes d'eau ; le malade, après avoir ingéré le médicament, devra rester couché et se retourner successivement sur toutes les faces, de façon à panser toute la surface de sa muqueuse gastrique à l'aide de la substance isolante.

NOUVELLES & INFORMATIONS

FACULTÉS & ÉCOLES DE MÉDECINE

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Grynfeltt, professeur de clinique obstétricale et gynécologique, est admis à faire valoir ses droits à la retraite est nommé professeur honoraire.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — Un concours s'ouvrira le 12 février 1906, devant la la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Clermont.

Service de santé militaire

M. le médecin-inspecteur Chavasse, directeur du service de santé du 1er corps d'armée, est nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, membre du comité technique de santé.

— Sont promus : *Au grade de médecin-major de 2e classe de l'armée territoriale* : MM. les docteurs Surmont et Moulonguet.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe de réserve : MM. les docteurs Beulque, Nevejean, Boulogne, Bommier, Schmitt, Hérin, Duval, Tauchon, Paquet, Castelain, Drucbert et Pruvost.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe de l'armée territoriale : MM. les docteurs Jullien, Wartel, Vanderhagen, Dubar, Razemon, Marlière, Brulant, Chevallier, Goidin, Banteignies et Caumartin.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'honneur* : MM. les docteur Evesque, de Chalançon ; Pédebidou, médecin-major de l'armée territoriale, sénateur.

La médaille d'honneur en bronze de l'Assistance publique est accordée à MM. les docteurs Susini, médecin de colonisation à Berrouaghia, et Domergue, médecin de colonisation à Michelet.

La médaille d'honneur des épidémies est décernée à MM. les docteurs Nel, de Granville ; Mevel, de Douarnenez ; Dubois, de Bray-Lû ; Zaleski, d'Alais ; Cottard, de Crugny ; Deck, de Ville-en-Tardenois ; Rousseau, médecin-major de l'armée coloniale ; Badin, externe des hôpitaux de Paris.

Emplois médicaux en Afrique

Le gouvernement général de la côte occidentale d'Afrique demande de jeunes docteurs.

Conditions : Engagement de cinq ans ainsi distribué : 2 ans de séjour, 6 mois de congé. — 2 ans de séjour, 6 mois de congé.

Solde annuelle : 10.000 francs.

Allocation pour frais de déplacement dans la colonie : 2.000 francs.

Voyages gratuits en 1re classe entre la France et la colonie.

Avis aux amateurs de voyages.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de zoologie, par le docteur Verdun, professeur de zoologie médicale et pharmaceutique à la Faculté de médecine de Lille. 1 vol. in-16 avec 424 figures. Prix : 7 fr. — *A. Maloine*, éditeur, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dans la rédaction de cet ouvrage, l'auteur s'est inspiré non seulement des programmes classiques, mais aussi des services que le pharmacien peut être appelé à rendre dans diverses circonstances. Il faut, en effet, qu'il possède un fond de connaissances théoriques pour saisir l'enchaînement et le groupement des faits. Ces notions sur les êtres vivants qui, au premier abord, peuvent paraître arides, mais dont on saisit rapidement l'utilité au point de vue de la culture générale, l'auteur les a exposées très brièvement

et d'après une méthode qui rend leur étude fort simple. Elles sont, d'ailleurs, accompagnées d'un grand nombre de renseignements pratiques.

A l'heure actuelle, en effet, le pharmacien ne peut se contenter des notions zoologiques de matière médicale. Le rôle de plus en plus prépondérant que la Parasitologie prend en médecine, l'oblige à se tenir au courant des faits nouveaux, au même titre que le médecin, car ce dernier peut s'en remettre à lui pour certaines recherches microscopiques qui doivent confirmer ou établir son diagnostic.

Le Précis de Zoologie comporte encore un certain nombre de chapitres qui généralement ne sont pas traités dans les ouvrages similaires ; nous signalerons ceux qui ont trait aux *Poissons comestibles*, aux *Poissons vénéneux*, aux *Serpents venimeux*, à l'*étude des venins*, etc.

Enfin, l'auteur n'a pas oublié que le pharmacien est souvent appelé à faire l'étude des milieux liquides ou des excrêts de notre organisme. Pour faciliter ces recherches, il a introduit des notions d'anatomie et d'histologie humaines qui permettent de saisir l'origine et la signification des éléments anatomiques que le pharmacien observe dans ses examens microscopiques.

Ce Précis rendra des services non seulement aux pharmaciens, pour lesquels il est spécialement écrit, mais à tous ceux qui débutent dans les sciences naturelles ou veulent acquérir rapidement des notions précises.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Sur le mécanisme de l'accommodation et sur un nouveau procédé de mesure du rayon de courbure de la face antérieure du cristallin**, par les docteurs Bertin-Sans et Gagnière, extrait des *Archives d'Ophtalmologie*, mai 1905.

— **Technique de microbiologie tropicale**, par le docteur F. Noé, Paris, *Doin*, 1905.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

34e Semaine, du 20 au 26 aout 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	11
3 mois à un an	10	12
1 an à 2 ans	»	1
2 à 5 ans	1	»
5 à 20 ans	1	1
20 à 60 ans	15	11
60 ans et au-dessus	7	12
Total	41	48

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée entérite : moins de 2 ans	Diarrhée entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	3	7
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»	2	»	1	2	»	»	»	»	»	4	12	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	3	1	»	1	»	1	»	1	»	1	6	»	»	»	»	»	1	15	14
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	9	»	»	1	»	»	»	14	28
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	5	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	1	2	2	»	4	»	»	1	»	»	4	17	16
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	2	»	»	»	»	»	1	6	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	10
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	6	1	»	»	»	»	1	10	14
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	1	4	1
Total	»	»	»	»	»	10	1	»	4	»	2	2	5	2	7	35	1	»	2	»	»	15	87	118

N° 452. Neuvième Année. N° 37. Le Numéro : **10** centimes 10 Septembre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Myostéomes traumatiques

par M. le Professeur **H. Folet**

Voici un fait qui m'a semblé intéressant au point de vue chirurgical ; — et aussi au point de vue médico-légal, en ce qu'il concerne des conditions d'application toutes spéciales de la loi sur les accidents du travail. Commençons par le point de vue chirurgical.

I

OBSERVATION — Joseph B... a reçu, le 7 mai 1903, sur la partie inférieure de la face antéro-externe de la cuisse gauche, une grosse pierre qui lui a fait une plaie de « 4 cent. de profondeur », dit le blessé, et ayant amené d'après lui une hémorrhagie intense. Pourtant aucune ligature n'a été faite et il n'y a pas de vaisseau important dans la région blessée. La plaie, non suturée, a guéri par suppuration en quelques semaines. La cicatrice visible, transversale un peu oblique, n'est ni enfoncée ni adhérente aux parties sous-jacentes ; ce qui conduit à penser qu'elle n'intéressait que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Mais depuis la cicatrisation de la blessure, à une époque que B... ne précise pas de façon exacte mais



MYOSTÉOME DU QUADRICEPS
(Cette réduction photographique de la radiographie primitive est due à l'obligeance de M. DELPHIN-PETIT).

qui doit, d'après les certificats de divers médecins,

remonter à environ trois mois après le traumatisme initial, est survenu ce que nous allons exposer :

A cinq centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule, vers l'extrémité interne de la cicatrice, on constate l'existence, sous la peau qui glisse sur elle, d'une tumeur de la dimension d'une petite noix, dure, de consistance cartilagineuse, irrégulièrement ovoïde, à surface un peu inégale. Ce néoplasme est mobile sur les parties profondes quand, mettant la jambe dans l'extension, on relâche le muscle triceps (ou quadriceps, comme on l'appelle couramment aujourd'hui), dans les fibres superficielles duquel cette tumeur a l'air d'être située. Elle est beaucoup moins mobile quand, la jambe étant fléchie, le muscle est tendu. Au dire du malade la palpation de la tumeur est douloureuse quand on la presse un peu fort ; désagréable seulement, quand on la manie doucement. Les mouvements du triceps (extension volontaire de la jambe sur la cuisse) s'exécutent au commandement et sans douleur. La flexion de la jambe sur la cuisse n'est pas douloureuse quand elle ne dépasse pas l'angle droit, mais la flexion portée au-delà de cet angle et surtout l'hyperflexion maxima occasionnent au niveau de la tumeur sous-cutanée des tiraillements douloureux que le malade déclare très pénibles et qui deviennent, dit-il, rapidement intolérables. La marche est possible sans douleur et sans boiterie, car la marche n'exige pas la flexion du genou au-delà de 90° ; mais l'accroupissement est très pénible, quasi impossible, au moins à ce qu'il affirme. — L'articulation du genou est normale, pas de gonflement, pas d'épanchement de synovie, les mouvements en sont parfaitement libres. Aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité dans les téguments ou les muscles du membre inférieur. Il y a seulement un peu d'atrophie musculaire sans importance de la cuisse gauche : (2 cent. de différence dans la circonférence des deux cuisses, à 6 cent. au-dessus de la rotule).

De quelle nature est cette tumeur? La radioscopie d'abord, puis la radiographie faite par M. le Dr Bédart sur ma demande, montrent qu'elle est constituée en son milieu par un noyau osseux ellipsoïde, situé un peu plus haut que le cul-de-sac synovial, immédiatement sous-jacent à la peau, tout à fait à la superficie de la masse musculaire. La petite tumeur a donc un noyau central osseux de forme et de volume comparables à un noyau de datte, très apparent sur l'épreuve radiographique, quoique naturellement un peu plus pâle que les os normaux. Etant infiniment plus mince, sa silhouette est moins opaque. Notons pour mémoire qu'au niveau de l'ostéome la face antéro-externe du fémur offre quelques très légères rugosités, traces ou d'un arrachement parcellaire superficiel, ou de minime périostite.

L'ostéome central ne constitue pas à lui seul toute la tumeur. Autour de lui s'est faite une hyperplasie fibro-cartilagineuse qui enveloppe l'ostéome et en quadruple le volume. Dans cette gangue fibroïde sont, selon toute vraisemblance, englobés de petits filets nerveux qui sont douloureusement froissés par le palper un peu rude de la tumeur, ou douloureusement tiraillés quand l'hyperflexion de la jambe allonge au maximum les fibres musculaires du triceps, et en outre appuie sur les tissus sous-jacents un néoplasme chondro-osseux dur comme un caillou. Tout cela s'explique très logiquement.

Il est d'ailleurs possible que cette gangue fibreuse soit plus tard envahie elle aussi par l'ossification. On a vu de ces ostéomes gros au toucher comme une orange ne donner d'abord sur le cliché qu'une ombre de la grandeur d'une noix. Il n'y a en effet que la zone complètement ossifiée qui arrête les rayons X ; la zone périphérique, bien que destinée à s'ossifier plus tard, les laisse encore passer.

Il paraît bien s'agir là d'une de ces tumeurs que l'on désigne sous le nom de *myostéomes* et qui consistent en la formation de masses cartilagineuses et osseuses dans les muscles ; ce processus de chondro-ossification pouvant gagner les tendons et les aponévroses, dépendance du tissu conjonctif inter ou péri-musculaire, ou même débuter par eux.

Comme on le verra plus loin, il semblait en être ainsi dans le cas qui nous occupe. L'ostéome, entouré d'une gangue cartilagineuse, paraissait contenu dans l'aponévrose fémorale, tangentiel au muscle dont il fut facile de le détacher, mais n'entrant pas dans ce muscle même. Il est vraisemblable que, s'il eût grossi, il se fût enfoncé dans la masse musculaire et qu'on l'eût trouvé encastré dans les fibres rouges.

J'ai rencontré une observation tout à fait pareille à la mienne quant à la cause et quant au siège d'origine ; seule la forme de l'ostéome différait : au lieu d'être nodulé et discoïde, il était cylindroïde très allongé. Voici d'ailleurs cette observation d'Aguinet :

S..., 56 ans, en 1893 reçut de violents coups de pied de cheval sur la cuisse. Hématome énorme qui fut suivi de suppuration, d'ouverture et de drainage. 7 ans après, chez ce malade, entré à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Blum, pour une hernie étranglée, on découvrit à la face antérieure de la cuisse, tiers moyen, une sorte de corps étranger long de dix centimètres environ, cylindrique, gros comme une sonde cannelée, que le malade affirme être un drain oublié sous sa peau On le décide à se le faire enlever. Après incision de la peau on trouve, enclavée dans les tissus aponévrotiques sous-jacents et très adhérente, une tige osseuse commençant au triangle de Scarpa et dirigée parallèlement à l'axe de la cuisse... guérison en 8 jours (1).

Ces tumeurs ont toujours une origine traumatique, soit un gros trauma unique, soit une série de petits traumas répétés. Il en est qui sont libres et mobiles, situés, comme dans le cas d'Aguinet et dans le mien, à la surface du muscle ; et plus souvent dans le tissu

(1) *Bulletin de la Société anatomique*. Année 1900, p. 932.

musculaire qui les enveloppe. Il en est d'autres qui, tout en étant plongés dans la masse musculaire, sont plus ou moins adhérents à l'os adjacent, parfois fusionnés avec lui.

M. le docteur CAHIER, agrégé du Val-de-Grâce, a, dans un récent travail paru dans la *Revue de Chirurgie*, résumé tous les cas qu'il a pu connaître dans toutes les littératures, de myostéomes libres ou adhérents.

Parmi les observations résumées qu'il donne, en voici onze qui, par le siège et par la mobilité de la tumeur, se rapprochent le plus de notre cas. Les myostéomes des muscles de la cuisse sont d'ailleurs les plus fréquents. Sur 133 cas on en compte 73 à la cuisse ; et là-dessus il y en a 28 dans le quadriceps.

— BATUT. *Arch. de Méd. mil.*, 1900. — Coup de pied de cheval sur la cuisse. Hématome, puis ostéome du vaste interne constaté après trois mois, à 15 centimètres au-dessus de la rotule. Mobile.

— BREMIG in RAMMSTEDT. *Arch. f. Klin. chirurg.* 1900. - Choc par suite de la chute d'un sac de pommes de terre sur la cuisse. Homme, 17 ans. Ostéome du droit antérieur, constaté un mois après l'accident. Adhérence lâche à l'os. Opéré ; la séparation d'avec l'os fut facile. Guérison.

— CAHEN in RAMMSTEDT. *Loc. cit.* — Choc sur la cuisse. Homme, 35 ans. Ostéome du vaste externe constaté un mois après l'accident. Adhérences lâches à l'os. Opéré : séparation d'avec l'os facile. Récidive ; nouvelle opération, rugination. A noter la récidive huit semaines après la première intervention. Dans la seconde opération on gratta le périoste et on rugina l'os Guérison.

— CAHEN. *Ibidem.* — Coup sur le haut de la cuisse. Homme, 19 ans. Ostéome du droit antérieur constaté trois semaines après accident. Adhérences lâches à l'os. Opéré : séparation d'avec l'os facile. Guérison.

— CAHEN. *Ibid.* - Coup sur la cuisse. Homme, 20 ans. Ostéome du quadriceps fémoral constaté un mois après l'accident, non adhérent aux os. Non opéré.

— DENMLER. *Arch. de Méd. mil.*, 1892. — Coup sur la partie antérieure de la cuisse. Homme, 20 ans. Ostéome du droit antérieur à sa partie moyenne, non adhérent, non encapsulé. Opéré un an après accident. Guérison. Pas revu.

— FARGANEL. *Arch. de Méd. mil.*, 1902. — Mouvements violents sur les barres au gymnase. Cavalier, 22 ans. Hématome puis ostéome du droit antérieur à sa partie moyenne constaté au bout de quinze jours. Non adhérent aux os. Capsule fibro-musculaire. Extirpation globale extra-capsulaire 4 mois après accident. Ombre légère à la radiographie au bout de 15 jours. Revu guéri au bout de 2 mois. Structure en pince de homard.

— MEINHOLD. *Deut mil zeit*, 1889. — Coup de pied de cheval sur la cuisse. Soldat du train. Tuméfaction puis ostéome du quadriceps constaté trois semaines après accident. Non adhérent aux os. Opéré. A repris son service.

— THOMAS, in thèse Aurégan, Bordeaux, 1891-92. — Chute sur le genou avec sensation de craquement. Soldat. Ecchymose puis ostéome en forme de croissant siégeant dans le droit antérieur à 3 centimètres au-dessus de la rotule. Non adhérent aux os.

VULPIUS. *Arch. f. Klin. chir.*, 1902. — Coup de rampe en fer sur la cuisse. Douleurs vives et gonflement, puis ostéome du quadriceps fémoral constaté trois semaines après accident. Structure en pince de homard. La tumeur formait un kyste contenant un liquide séro-sanguin et était nettement séparé du fémur.

— VEINLECHNER in RAMMSTEDT. *Loc. cit.* — Coup de pied de cheval sur la cuisse. Cocher, 57 ans. Ostéome du vaste interne constaté trois semaines après l'accident. Adhérence secondaire à l'os.

Nous pouvons enfin ajouter à cette série le résumé d'une observation d'ostéome traumatique du quadriceps fémoral, qui diffère du nôtre et par le volume du néoplasme osseux et par ce fait qu'il adhérait au fémur par un pédicule assez considérable ; mais qui, par ses conditions de production, s'approche de notre cas Cette observation est tirée d'une Thèse de Lille de novembre 1904, due à M. le Dr DUHAIN.

B..., 50 ans, mineur, entre à l'hôpital de la Charité, le 18 février 1904, dans le service de M. le professeur Duret, pour une tumeur de la cuisse droite, sur laquelle est tombé, il y a 6 mois, un gros bloc de charbon, sans plaie ni suppuration ultérieures.

Tuméfaction assez considérable occupant la face antéro-externe de la cuisse droite. Masse elliptique à surface parallèle au fémur, qui semble mesurer 23 cent. dans le diamètre vertical, 19 cent. dans le diamètre transversal. Son bord interne correspond à peu près à l'axe médian de la face antérieure de la cuisse, il semble surplomber la face antérieure du fémur et en être séparé par une rainure facilement perceptible. De là, le néoplasme se porte en dehors, puis en arrière, et se perd sur la face postérieure de l'os.

Les radiographies montrent une tuméfaction presque transparente, formée de fines lamelles osseuses, masse que M. le Dr BÉDART, l'habile radiographe, comparait à un nid de guêpes.

Opération 1er mai : Longue incision verticale du trochanter au condyte, le muscle quadriceps semblait comme incrusté dans la tumeur ; les fibres se mêlaient intimement au néoplasme.

Une large incision transversale, perpendiculaire à la première, divise le vaste externe et le droit antérieur. La production osseuse surplombait le corps du fémur, et les doigts pouvaient s'introduire dans une

longue rainure verticale, n'adhérant en somme que par une partie de sa face postérieure et par son bord postérieur à la face postéro-externe du fémur. Avec les doigts introduits dans la rainure, on obtint une rupture dans une partie de son insertion, et, d'un coup de ciseau de MAC-EWEN la rupture complète au voisinage de la surface d'implantation.

La tumeur osseuse enlevée, reconstitution des muscles sectionnés transversalement, sutures musculaires. Drainage. Pansement. Suites opératoires satisfaisantes. Cicatrice un peu adhérente. Légère atrophie de la cuisse. Flexion du genou limitée à 135°.

Le néoplasme a sensiblement la forme d'un demi-cône très allongé, hauteur 20 centimètres ; largeur de 11 à 5 centimètres ; épaisseur moyenne 4 centimètres. On voit, à la partie supérieure et à droite, la surface de fracture du pédicule. Sauf à cet endroit, la tumeur est entourée complètement de tissu musculaire.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait de tissu osseux jeune, du type spongieux à aréoles plus ou moins larges.

***

Quatre théories pathogéniques ont été invoquées pour expliquer la formation des myostéomes libres ou adhérents.

A. La *théorie hématique* admet que le sang épanché s'organise, puis se transforme en cartilage pour s'ossifier. On comprend mal qu'un caillot, amas de fibrine et de globules, donne naissance à un ostéome. Tout au plus peut-on admettre que l'hématome contribue, en tant que milieu favorable, à exciter l'activité proliférante d'une membrane périostique voisine.

B. *Théorie des os sésamoïdes aberrants.* — L'hypertrophie irritative résultant du traumatisme porterait sur les minuscules os sésamoïdes aberrants qui ne sont pas rares au voisinage des insertions musculaires. C'est là un dérivé de la doctrine de CONHEIM, d'après laquelle, si des néoplasmes se développent chez l'adulte, c'est que certaines cellules (osseuses par exemple) sont demeurées chez lui à l'état embryonnaire mais peuvent sortir de leur sommeil pour proliférer largement sous l'action de causes excitatrices. — Hypothèse ingénieuse mais nullement démontrée.

C. *Théorie de la myosite ossifiante.* — Les néoformations osseuses intra-musculaires seraient d'origine inflammatoire. Une phlegmasie interstitielle du muscle entraînerait la disparition de l'élément noble et son remplacement par de l'os nouveau constituant un bloc ou des noyaux osseux. Il n'y aurait pas transformation directe du tissu musculaire en tissu osseux, mais il se formerait une infiltration embryonnaire du tissu interstitiel, puis la gangue conjonctive deviendrait fibreuse et finalement s'ossifierait. La myosite ossifiante expliquerait la formation des myostéomes isolés ou de ceux qui n'ont avec le squelette que des connexions lâches.

Une grosse objection à cette théorie est que les suppurations, les phlegmons des gaines, les abcès ossifluents amènent fréquemment des irritations musculaires aiguës ou chroniques ; et ce sans production d'ostéomes. D'ailleurs les phlegmasies des autres tissus n'amènent jamais non plus de néoformations osseuses aux dépens du tissu conjonctif.

D. *Théorie de l'Ensemencement périostique* : Les myostéomes seraient dus à l'arrachement et à la prolifération ultérieure d'un fragment périostique ou au transport de quelques cellules de la couche ostéogène, entraînés dans l'épaisseur du tissu musculaire. Preuves expérimentales à l'appui : Transplantation par OLLIER d'une lamelle périostique qui, détachée et portée sous la peau, s'y greffe et donne un fragment d'os ; décollement d'un fragment de périoste de fémur qui, non détaché complètement et inséré en plein muscle, y produit un ostéome expérimental.

On peut toutefois se demander si cette transplantation peut se produire spontanément sous l'influence d'une contraction musculaire très énergique. On a prétendu prouver par des expériences qu'aucune traction n'est capable de produire pareil arrachement. Mais une contraction musculaire brusque, intense, folle, se faisant par action réflexe au moment d'un traumatisme, a une bien autre puissance que des tractions expérimentales exercées sur les faisceaux d'un muscle mort. Dans notre cas il ne paraît pas absolument invraisemblable d'admettre qu'un minuscule fragment de périoste chargé de quelques cellules osseuses ait été, par la contraction brusque d'un faisceau du vaste externe (lequel a des insertions jusqu'auprès des condyles), désinséré du fémur ; là où se voient des traces de périostite s'accusant par des inégalités légères à la surface de l'os. Ce fragment n'a-t-il pas pu être, par forte rétraction du faisceau désinséré, complètement enfoncé dans le muscle, voire même amené à la surface du muscle jusque sous l'aponévrose d'enveloppe ; séparé du champ d'arrachement par des tissus musculaires et fibreux redevenus parfaitement souples ? J'estime, quant à moi, que cette théorie pathogénique est parfaitement admissible et satisfaisante, et qu'elle explique beau-

coup de cas, par exemple les myostéomes des adducteurs de la cuisse si fréquents chez les cavaliers. Elle est, je l'avoue, un peu plus difficilement applicable aux faits comme le nôtre et celui d'Aguinet où l'ostéome naît non dans le muscle lui-même, mais à sa surface. Et cependant l'examen histologique de notre ostéome (car, nous le verrons plus loin, il a fini par être extirpé opératoirement), semble plaider en faveur de l'origine périostique. Voici en effet la note très détaillée et démonstrative que nous a remise notre collègue M. le docteur Curtis, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté :

La petite tumeur enlevée, desséchée et ratatinée, mesure environ 18 millimètres de long sur 15 millimètres de large et 8 millimètres d'épaisseur.

A la coupe il est dur, de consistance osseuse, et laisse voir à l'œil un revêtement fibreux superficiel et un noyau blanc plus dur que le couteau ne peut entamer.

Le fragment décalcifié et débité en coupes microscopiques montre les détails suivants :

Toute la périphérie du morceau est formée par des couches de tissu fibreux dense, à grosses fibres lamineuses serrées les unes contre les autres et disposées circulairement autour de l'une des faces du noyau central, longitudinalement autour de l'autre.

Le noyau central est constitué de deux parties :

1° D'une lame cartilagineuse mesurant environ 1 millimètre 1/2 d'épaisseur.

2° D'une lame de tissu osseux accolée au cartilage.

Ces deux parties offrent les rapports suivants :

La lame osseuse n'est pas une simple plaque doublant le cartilage, mais bien un *os véritable*, de forme ovalaire, portant à son centre un très large orifice médullaire rempli de graisse et de vaisseaux, et qui divise la masse osseuse en deux plans distincts.

L'un des plans, très mince, réduit à un simple liséré, forme à la surface du cartilage une bordure continue et irrégulière, l'autre, beaucoup plus épais, constitue la majeure partie de la masse osseuse.

Les deux lames osseuses, dont l'une, très mince, adhère au cartilage, se réunissent à leurs extrémités et limitent ainsi l'espace médullaire précédemment décrit.

Les tissus qui forment le noyau du fragment ont l'aspect de productions anciennes et parfaitement organisées.

Le cartilage est de nature hyaline avec capsules et cellules cartilagineuses bien apparentes. Au voisinage du liséré osseux qui sépare le cartilage de la cavité médullaire de l'os, quelques vaisseaux font effraction dans la substance fondamentale du cartilage. Cette pénétration toutefois ne s'accompagne pas des phénomènes ordinaires de l'ossification enchondrale : on ne voit ni capsules sériées, ni calcification étendue. C'est à peine si, au voisinage immédiat de l'os, existe une légère imprégnation calcaire du cartilage.

L'os est formé *d'os adulte* parfaitement lamelleux, *avec canalicules de Havers, systèmes de lamelles et ostéoplastes bien développés.*

A l'une des extrémités du fragment les deux lamelles osseuses sont réunies par un système de trabécules minces qui traversent et cloisonnent la cavité médullaire.

A la périphérie, l'os comme le cartilage sont très nettement séparés du revêtement conjonctif qui les enveloppe.

On ne constate aucune forme de transition entre les couches lamineuses et le noyau ostéo-cartilagineux central.

Quelle peut être l'origine de ces productions pathologiques ?

Deux hypothèses sont possibles ;

1° Celle d'une transformation *in situ*, du tissu conjonctif en os et en cartilage ; c'est-à-dire une production *par métaplasie* du tissu conjonctif.

2° Celle d'une greffe dans ce tissu conjonctif d'un fragment ostéo-cartilagineux arraché à son terrain d'origine par un traumatisme.

C'est à cette dernière hypothèse qu'est le plus favorable l'examen histologique.

En effet dans le cas de production osseuse dite métaplasique on trouve d'ordinaire tous les intermédiaires entre l'os vrai et le tissu conjonctif. On voit ce dernier devenir homogène, se calcifier progressivement et passer par le stade dit ostéoïde avant de devenir de l'os. L'os métaplasique d'ailleurs ne présente pas la texture régulière, les systèmes de lamelles et de canalicules bien ordonnés comme dans le cas présent. Pour toutes ces raisons il semble que les productions ostéo-cartilagineuses que nous voyons se développer ici soient bien d'origine hétérotopique ; qu'elles proviennent par transport et greffe d'un terrain osseux dont un traumatisme aurait libéré quelques parcelles.

***

Quelle a été chez notre malade la rapidité d'apparition de l'ostéome ? Nous ne pouvons le dire de façon précise. La règle générale est que les myostéomes se montrent rapidement, le plus souvent dans le mois qui suit le traumatisme.

Quel traitement appliquer à ces tumeurs qui ne disparaissent pas ni ne diminuent spontanément ? Dans les nombreuses observations recueillies par le docteur Cahier le massage a été le premier moyen employé presque constamment. Il ne semble pas que les résultats aient été brillants. Aucun myostéome démontré par la radiographie n'a subi sous ce mode de traitement une régression appréciable.

Evidemment l'ablation est la seule chose à faire.

Faut-il opérer tous les ostéomes ? Ceux qui ne sont nullement gênants ni douloureux, ceux surtout qui n'entravent pas l'exercice de la *profession* du malade,

(nous reviendrons tout à l'heure sur ce point) peuvent être respectés. Dans le cas contraire l'opération s'impose ; surtout dans les ostéomes mobiles, parfaitement isolés, tel que le nôtre. A l'égard des gros ostéomes adhérents, et surtout largement soudés à l'os, il faut être plus circonspect, car l'ablation complète est souvent difficile, la récidive possible, le résultat définitif aléatoire.

Quand faut-il opérer ? En principe quand l'ostéome est entré dans la phase ultime de son développement et que le processus d'ossification est terminé. Mais on peut être amené à opérer plus tôt. Opérer *largâ manu* ; enlever toute la zone musculaire périphérique aussi loin qu'elle paraît modifiée dans sa constitution ; et, pour les ostéomes adhérents, enlever le périoste dans une étendue de un centimètre autour du point d'implantation du pédicule. Pour les myostéomes mobiles, libres, encapsulés, ne pas faire l'ablation intra-capsulaire, mais bien extra-capsulaire. En suivant la paroi externe de la coque et en se tenant bien au raz de la surface extérieure on évitera toute blessure d'organe important.

L'opération, surtout pour les ostéomes libres tels que le nôtre, est absolument bénigne, à l'expresse condition d'être faite d'une façon irréprochablement aseptique. Encore un point sur lequel nous allons revenir dans le chapitre suivant.

II

Joseph B... est ouvrier mineur. Il a été blessé dans son travail, au fond d'une des fosses de la Compagnie de D... Cette Compagnie lui a payé le demi-salaire pendant plusieurs mois. Puis elle refusa paiement, alléguant que B... était guéri.

L'affaire fut portée d'abord devant le juge de paix du canton, qui, par jugement en date du 10 octobre 1903, me chargea « de déterminer si Joseph B... » était complètement guéri des blessures par lui » reçues dans son travail, s'il était en état de reprendre » son travail *habituel*; et d'indiquer, dans le cas ou » B... serait guéri, si cette guérison remontait à » l'époque ou la Compagnie de D... avait cessé le » paiement du demi-salaire ».

Nous avons vu que Joseph B... pouvait sans peine fléchir la jambe sur la cuisse jusqu'à l'angle droit et même marcher. Mais, selon lui, la flexion extrême de la jambe était pénible et rapidement intolérable. Disait-il vrai ? N'exagérait-il pas un peu ? Je ne puis rien affirmer. Mais, comme ces ostéomes sont souvent cause de souffrances, comme d'aileurs on comprenait aisément que l'hypertension des fibres du triceps amenât des tiraillements douloureux et des compressions pénibles sur les parties sous-jacentes à l'ostéome, je n'avais pas le droit de ne pas tenir compte des dires du malade. Je savais d'autre part que l'hyperflexion de la jambe est nécessaire au mineur et que l'accroupissement lui est une position si habituelle qu'il la prend même au repos, hors de son travail.

Je terminai donc mon rapport par les conclusions suivantes :

Joseph B... est parfaitement capable de gagner sa vie en exerçant une foule de métiers comportant la station debout et la marche ; mais non une profession qui nécessite que l'on se tienne assez souvent à genoux, assis sur les talons, ou bien encore accroupi en flexion forcée des genoux. Or, le mineur doit pouvoir prendre ces positions.

Je réponds donc à la question posée que B... « *n'est pas en état de reprendre son travail* HABITUEL » ; *bien qu'il soit très capable d'en reprendre un autre.*

Mais j'ajoutai ceci, qui est très important :

Cet homme peut être guéri *complètement et rapidement* par une opération *sans gravité*. On peut en effet en toute sécurité enlever cette petite tumeur douloureuse, située dans une région qui ne présente aucun organe dont la lésion soit à craindre ; l'enlever *sans aucune douleur*, soit par le chloroforme, soit même, si le sujet répugne à être endormi, par l'anesthésie locale. Avec les procédés de la chirurgie moderne, l'opération n'est nullement grave. Et elle amènerait en quelques semaines la guérison radicale, avec restitution fonctionnelle complète du membre.

Sur le vu de ce rapport, le juge de paix rendit le 17 novembre un nouveau jugement condamnant la Compagnie à continuer au blessé le paiement de son indemnité journalière et disant en outre que B... » devrait se présenter devant M. le docteur FOLET, de » Lille, le jour que ce docteur lui fixerait, pour y subir » l'opération sans gravité qui devait amener sa » guérison radicale. »

Le juge de paix avait-il le droit d'imposer à B... une opération chirurgicale ?

L'ouvrier blessé a le devoir de se laisser soigner. Tel est le principe ; et la Cour d'Amiens a décidé que la victime d'un accident a droit seulement à une indemnité temporaire et non à une rente viagère pour incapacité permanente partielle lorsque son état s'est aggravé par suite de son refus de se soumettre aux prescriptions du médecin. Mais une *opération* rentre-

t-elle dans les *soins* que le blessé *doit* accepter? La question a été étudiée dans ce journal même par notre collaborateur et collègue M. Jacquey, professeur à la Faculté de Droit (1). Nous résumons son opinion :

Les opérations chirurgicales étant très variables et par le danger qu'elles présentent et par leurs chances de réussite, les tribunaux ont été amenés à des distinctions. Le tribunal de Lyon a jugé que, si les experts médicaux déclarent qu'une opération s'impose, l'ouvrier qui refuse de se laisser opérer aggrave volontairement le degré d'incapacité, d'où cette conséquence que l'indemnité sera calculée comme si l'opération avait eu lieu. Toutefois, quand l'opération est dangereuse, on ne saurait faire un grief à un ouvrier de son refus de la subir. Ainsi a-t-il été jugé par la cour de Besançon pour une uréthrotomie externe proposée à la suite d'une rupture de l'urèthre qui avait amené une « infection urineuse purulente » (*sic*) ; opération que le médecin-expert qualifiait de *fort délicate*.

D'autres décisions affirment le droit pour l'ouvrier de se refuser à toute opération, même absolument bénigne; mais affirment aussi que le patron ne saurait souffrir de ce refus. C'est ce qu'a décidé le tribunal de Dieppe pour une désarticulation du doigt, opération considérée comme présentant une certitude complète de succès. Des arrêts tout récents (avril 1905) des Cours de Douai et de Grenoble ont adopté la même jurisprudence (2).

En somme, les tribunaux se réservent le soin d'apprécier. Dans l'espèce, il nous semble que le juge de paix était fondé à déclarer que B... devait subir l'ablation de son ostéome. Mais avait-il le droit de désigner un opérateur? Beaucoup penseront qu'il a excédé ses pouvoirs. Et pourtant il y a quelque chose de parfaitement vrai dans cette idée qu'une opération, même minime, ne doit pas être confiée à un médecin quelconque. Cette ablation de myostéome mobile situé en plein tissu musculaire mais voisin de l'articulation du genou, sera de gravité nulle et de succès certain faite par un chirurgien expert, pratiquant l'asepsie, dans la salle d'opération bien outillée d'une clinique d'hôpital ; Elle pourra présenter de minces chances de succès, voire même des dangers, de graves dangers si elle est pratiquée chez le malade, dans un milieu malpropre, par un médecin inhabitué aux précautions minutieuses de la chirurgie actuelle. Il y a quarante ans, au point de vue de la sécurité de l'opéré, il n'y avait guère d'autre différence entre tel chirurgien et tel autre qu'un peu plus ou un peu moins de dextérité manuelle, laquelle n'avait pas très grosse importance. Aujourd'hui il y a un abîme entre le chirurgien scrupuleux observateur de l'asepsie et le chirurgien négligent. Le choix entre les deux peut être pour le patient une question de vie ou de mort. Certainement il y a partout d'excellents praticiens qui font en ville de la chirurgie très propre ; mais il y en a tout de même quelques autres. Il serait bon que le juge pût faire une distinction. Je ne me dissimule pas qu'il y aurait là des questions de personnes fort délicates; mais le juge de paix aurait, par exemple, sans désigner aucun nom, ordonné que, pour la parfaite sécurité du malade, l'opération serait faite dans le service de chirurgie d'un grand hôpital, que j'aurais trouvé sa décision raisonnable et légitime.

Qu'elle fût d'ailleurs raisonnable ou non, Joseph B..., après un court moment d'hésitation, ne l'accepta point et refusa cette fois là toute intervention chirurgicale. Il actionna alors la Compagnie minière en paiement d'une rente viagère pour incapacité partielle permanente.

Le tribunal civil de Béthune ordonna le 3 février 1904 une expertise qu'il confia au docteur Henseval « aux fins de voir et visiter B..., de décrire son état, » de rechercher s'il s'est prêté à tous soins préventifs, d'indiquer la nature et la situation de la tumeur » qu'il porte à la jambe gauche ; de dire si l'opération de cette tumeur s'impose ; dans l'affirmative, » si elle présente un danger quelconque et si elle » causera à la victime une souffrance appréciable ; » de dire enfin si la négligence persistante de B..., » qui a l'obligation légale de se laisser soigner, à ne » pas vouloir subir ladite opération peut dans l'avenir » amener chez cet individu des troubles graves dont » la responsabilité lui incomberait; d'indiquer, au cas » échéant, la diminution de la capacité professionnelle de l'ouvrier et de fixer la date de la consolidation de la blessure ».

Voici les passages importants du rapport du docteur Henseval, daté du 4 juin 1904 :

A quatre centimètres environ au-dessus de la rotule gauche, B... présente une cicatrice oblique à l'axe

(1) *Echo Médical du Nord*, 1er février 1903.

(2) Voir sur ce sujet dans *l'Echo Médical* du 20 août 1905 un nouvel article de M. le Professeur Jacquey.

du membre, sans adhérence aux tissus sous-jacents. A l'extrémité interne de la cicatrice existe une tumeur du volume d'une noix, d'une surface irrégulière. Elle est solide, de consistance dure. Elle est peu mobile et elle paraît implantée sur les fibres les plus superficielles du muscle vaste externe. Elle n'est pas douloureuse au toucher mais, quand le blessé est accroupi, il accuse de vives douleurs au niveau du point d'insertion de la tumeur sur les fibres musculaires. La marche n'est pas douloureuse. L'articulation du genou est saine. Les muscles de la cuisse sont légèrement atrophiés. La circonférence de la cuisse gauche est plus petite d'un bon centimètre. Le diagnostic est d'autant plus facile à faire qu'il a été porté par le docteur Folet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lille ; c'est un ostéome. Que deviendra cet ostéome si B... n'accepte pas un traitement chirurgical ? Cette tumeur n'est pas susceptible de guérison sous l'influence d'un traitement médical. Elle provoque des douleurs telles que le blessé ne peut s'accroupir, prendre la position que le mineur doit prendre fréquemment pendant le travail. Elle entraîne aussi une incapacité permanente partielle de travail.

Il serait facile à B... de recouvrer toute sa capacité en acceptant une intervention chirurgicale, l'ablation de la tumeur. Cette opération ne présente aucun danger, faite par un chirurgien. Elle est de la plus grande simplicité. Elle ne peut causer à la victime une souffrance, à la condition d'avoir recours soit à l'anesthésie générale, soit à l'anesthésie locale. Si ce traitement chirurgical n'est pas suivi, l'ostéome peut augmenter de volume, provoquer des douleurs dans les mouvements de flexion, même quand cette flexion n'est pas exagérée, et augmenter l'incapacité de travail ; quant à la date de la consolidation de la blessure elle peut être fixée au premier septembre 1903.

L'incapacité permanente et partielle peut être évaluée à 30 pour 100.

Le 2 mars 1904, le Tribunal de Béthune rendit le jugement que voici :

Attendu qu'il résulte du rapport du docteur Henseval que B... est atteint d'une incapacité permanente et partielle de travail ; que la date de la consolidation de la blessure est le premier septembre 1903 et que la diminution de la capacité professionnelle de l'ouvrier peut être évaluée à trente pour cent ;

Que l'expert ajoute que B... porte à la jambe gauche une tumeur du volume d'une noix, nécessitant une intervention chirurgicale ; que l'ablation de cette tumeur ne présente aucun danger ;

Attendu que B... ne se refuse pas à subir cette opération ; que de son côté la Compagnie des mines de D... s'engage à supporter les frais d'hospitalisation de la dite opération, à faire et à payer à B... durant son séjour à l'hospice une provision journalière égale au demi-salaire ; que, dans ces conditions il échet de surseoir à la décision définitive ; pour ces motifs, le tribunal dit que dans le mois du présent jugement B... devra se rendre à l'hospice civil de Béthune, pour y subir aux frais de la Compagnie de D..., par les soins du docteur Henseval, l'opération indiquée par l'expert ; dit que pendant tout le temps de cette hospitalisation la Compagnie de D... sera tenue de verser à titre de provision à B... une pension, égale au demi-salaire, de deux francs quatre-vingt-cinq centimes par jour ; fixe au premier septembre 1903 la date de la consolidation de la blessure.

Conformément à ce jugement, B..., consentant enfin à se laisser opérer, est entré à l'hôpital civil de Béthune le 29 août 1894. Le docteur Henseval, le malade étant chloroformé, et après avoir pris les précautions habituelles d'asepsie et d'antisepsie, a procédé à l'ablation de l'ostéome en pratiquant à son niveau une incision intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. L'ostéome mis ainsi à découvert était contigu au muscle mais non contenu dans la muscle, il semblait faire partie de l'aponévrose. L'énucléation facilement faite, l'opérateur sutura l'aponévrose au catgut et réunit les lèvres de la plaie cutanée par des griffes de Michel. Il obtint une réunion *per primam* et le 12 septembre 1904 B... quittait l'hôpital de Béthune, entièrement guéri de sa blessure.

B .. ne conserve aucune incapacité permanente de travail. En effet, depuis ce temps il a repris, dans une autre Compagnie minière, son travail d'ouvrier du fond. Il y gagne huit francs par jour, salaire supérieur à celui qu'il gagnait auparavant. Il a fait, au printemps de 1905, un service militaire de 28 jours. Il se plaint bien un peu de temps à autre de quelques douleurs, pour n'en pas perdre l'habitude ; mais il est guéri.

De l'opération et de son succès le docteur Henseval rendit compte au tribunal dans un nouveau rapport et le dénouement ultime de l'affaire fut, au point de vue judiciaire, fixé par un jugement du 11 janvier 1905, ainsi conçu :

Attendu qu'il résulte du rapport que B... est complètement guéri et que ses blessures n'ont entraîné pour lui aucune incapacité permanente et partielle de travail ;

Qu'il fixe au premier septembre 1903 la date de la consolidation de la blessure ;

Attendu que l'expert a fait une juste appréciation du litige qui lui a été soumis ;

Qu'il y a lieu d'entériner son rapport et de débouter B... de ses demande, fins et conclusions ;

Sur la demande reconventionnelle de la Compagnie de D...,

Attendu que la consolidation de la blessure étant fixée au premier septembre et la Compagnie de D... ayant payé à B... une somme de 823 francs 65 centimes pour indemnité de demi-salaire, du premier septembre 1903 au quinze juin 1904, il y a lieu de condamner B... au remboursement de cette somme.

PAR CES MOTIFS,

Le tribunal entérine le rapport de l'expert ;

Déboute en conséquence B... de ses demande, fins et conclusions, fixe au premier septembre 1903, la date de la consolidation de la blessure.

Condamne B... à rembourser à la Compagnie de D... une somme de 823 francs 65 payée en trop pour demi-salaires du premier septembre 1903 au quinze juin 1903.

Condamne B... aux dépens.

Au point de vue médico-légal cette affaire soulève, ce me semble, des questions assez nouvelles. On y voit un Tribunal, partant de ce principe incontesté que le blessé a l'obligation légale de se *laisser soigner*, assimiler une opération, — peu grave à la vérité, — aux soins et pansements chirurgicaux ; et (chose encore inédite, je crois), ordonner, afin d'entourer l'opération de toutes les précautions d'antisepsie indispensables pour qu'elle soit réellement bénigne et faute desquelles elle pourrait être grave, ordonner, dis-je, que cette opération sera faite dans telles conditions déterminées, dans un service de chirurgie d'hôpital, par un chirurgien habitué aux interventions et même par tel chirurgien nommément désigné. N'est-ce pas la première fois qu'un tribunal fait fléchir le principe accepté du libre choix du médecin par le malade devant les nécessités chirurgicales modernes auxquelles est liée la sécurité de l'opéré. Théoriquement le malade devrait être responsable du choix qu'il ferait de son opérateur. Mais comment le pourrait-il faire de façon éclairée quand les magistrats eux-mêmes commencent à peine, sous la pression du progrès scientifique de mieux en mieux connu, à accepter cette notion qu'il y a là un choix important et délicat à faire ?

J'ai dit pourquoi la jurisprudence du tribunal de Béthune, sagement appliquée, me paraît légitime et conforme aux intérêts des blessés. En revanche, j'ai quelques réserves à faire au sujet de la décision du jugement fixant la « consolidation » de la blessure, — n'en déplaise à mon distingué confrère et excellent ami, le docteur HENSEVAL, qui a inspiré la date ; — et condamnant B... à rembourser les sommes perçues depuis la consolidation. Par ce mot « consolidation de la blessure, » qui n'est ni chirurgical ni clair, les tribunaux entendent communément, suivant la définition de BROUARDEL, « le moment où l'état du blessé est devenu immuable (1) ». Or, au 1er septembre 1903, la plaie de B... était cicatrisée; mais les conséquences de son traumatisme ne cessaient pas de se dérouler. L'ostéome qui en était le résultat se développait et grossissait. Il a continué douze mois et il aurait continué longtemps, sinon toujours, à se développer, sans l'intervention chirurgicale. Et ce processus n'a été arrêté, la blessure n'a été réellement *consolidée* qu'après la réussite, prévue, de l'opération du docteur HENSEVAL. Pourquoi alors retirer à B... les indemnités que le tribunal lui-même avait obligé la Compagnie, d'ailleurs consentante, à lui verser à titre de provision (2)?

Que serait-il advenu si B... avait obstinément continué à refuser toute intervention chirurgicale ? L'intention évidente du Tribunal, en ce cas, quand aurait sonné l'heure de fixer les dommages-intérêts, était de tenir compte de la mauvaise volonté qu'aurait mise le blessé à poursuivre une guérison radicale possible. Mais la loi des Accidents du Travail, avec son fonctionnement en quelque sorte automatique de l'évaluation des incapacités, lui eût-elle permis une pareille atténuation? Les arrêts précités de Grenoble et de Douai montrent que les tribunaux tendent à interpréter la loi dans le sens de l'affirmative :

« Attendu, dit la Cour de Grenoble (et celle de » Douai s'exprime en termes presque identiques), » qu'il serait rigoureux de faire supporter par le chef » d'industrie une incapacité de travail dont une partie » seulement résulte de la blessure, et le reste du fait » de l'ouvrier ; — réduit de 30 à 15 pour cent la dimi» nution de capacité subie par le plaignant ».

Et cela me paraît parfaitement équitable.

(1) Les accidents du travail, p. 73.

(2) Depuis le procès, le sens du mot « consolidation » a été fixé légalement par le nouvel article 15 de la loi du 31 mars 1905 modifiant divers articles de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail : « les indemnités temporaires, dit le second paragraphe de cet article » 15, sont dues jusqu'au jour du décès ou jusqu'à la consolidation de la » blessure ; c'est-à-dire *jusqu'au jour où la victime se trouve soit* » *complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité* » *permanente* ».

Cette définition est passible, quant au cas présent, des mêmes observations que la définition Brouardel : B... n'était pas complètement guéri, car, la plaie étant fermée, le myostéome dû au traumatisme évoluait. Il n'était pas *définitivement* atteint d'incapacité permanente, puisque la *restitutio ad integrum* pouvait être et a été obtenue par une opération si peu grave, à la condition d'une parfaite asepsie, qu'elle était assimilable à des soins ou pansements chirurgicaux.

Observation de corps étranger (biberon) enclavé dans le gros intestin

par le docteur **Butruille**, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Roubaix.

Le samedi 22 juillet 1905, à onze heures du matin, un nommé W..: Evariste, âgé de soixante-cinq ans, chauffeur, se présentait à l'Hôtel-Dieu de Roubaix, après ma visite, muni d'un billet d'entrée, que lui avait délivré le docteur CARRETTE, de Roubaix, avec cette mention : *Corps étranger du rectum.*

En se présentant à moi, W... prend un petit air mystérieux pour me dire que c'est un biberon qu'il possède dans son gros intestin, biberon qu'il s'est introduit lui-même — et il insiste sur ce point — dans un moment d'ivresse, le lundi précédent, soit le 17 juillet au soir.

J'insiste peut-être un peu curieusement pour avoir des détails sur les circonstances qui l'ont amené à se livrer à cette manœuvre insolite, il me répète la même déclaration que précédemment et il le fait dans un jargon mi-français mi-flamand : je n'insiste pas.

Je le mène dans la salle d'opération et après l'avoir fait laver, je me mets en mesure de lui pratiquer le toucher rectal.

Je revêts mon index droit d'un préservatif en caoutchouc, le doigt pénètre très facilement dans l'anus et touche assez aisément le cul... de la bouteille.

Je me rends compte très vite qu'un second doigt peut être introduit... puis les quatre doigts et le pouce suivis du poignet pénètrent avec beaucoup d'aisance dans le rectum, dont la grande dilatabilité indique clairement qu'il a l'habitude de recevoir des corps... très... volumineux.

Je m'étais bien gardé de revêtir la main du gant de caoutchouc qui l'aurait rendu glissante et incapable de saisir utilement le corps du délit.

Pendant ces manœuvres, W... était couché tantôt sur le ventre, tantôt sur le côté : il s'y prêtait facilement ; je n'avais pas jugé utile de le chloroformiser.

Il souffrait courageusement, m'engageait à faire tout ce que je jugeais utile pour le délivrer.

La main peut saisir le fond de la bouteille sans pouvoir l'abaisser, les doigts dérapant toujours ; j'utilisai inutilement quelques instruments, le crochet de KERMISSON pour les corps étrangers de l'œsophage avec l'espoir d'accrocher le goulot, des pinces diverses, voire même d'abord un tout petit forceps puis, sans grand espoir, le petit forceps de SMELLIE : vains efforts, tout dérapait et le biberon demeurait immobile très haut vers le côlon descendant.

Je pus sentir le goulot à travers la paroi abdominale et, pratiquant le palper bimanuel la main gauche sur le ventre, faire descendre l'importune bouteille mais la difficulté était de la maintenir fixée en bas.

Malgré la laxité de l'anus, je le fendis au niveau de sa commissure postérieure jusqu'au coccyx, bien résolu à fendre ou à réséquer ce dernier.

Mais de nouvelles tentatives d'abaissement, par le palper bimanuel, furent inutiles :

Je compris que le biberon, très large en son centre, était enclavé et serti dans l'intestin dilaté ; je bourrai l'anus et la plaie postérieure de compresses aseptiques et je pris la résolution d'attaquer le biberon par la paroi abdominale et l'entérotomie, qui demeurait, selon moi, la seule ressource dans l'espèce.

Le malade qui jusqu'alors n'avait en somme pas trop souffert et qui était demeuré très courageux, fut chloroformisé (Appareil DUPONT, CHABAUD et THURNEYSSEN).

Pendant qu'on préparait l'installation et l'outillage de la laparotomie, je procédai à une toilette très complète de mes mains, je les revêtis ensuite de gants en caoutchouc stérilisés et commençai l'opération.

Je fis l'incision de l'anus iliaque artificiel, arrivant promptement sur le péritoine. Avant d'ouvrir la séreuse, j'eus l'idée de tenter une dernière fois l'abaissement de la façon suivante : un aide introduisit la main dans le rectum, put saisir le fonds du biberon pendant que de mon côté je repoussais le goulot en bas ; peine inutile, la bouteille restait enclavée. Nous allons savoir pourquoi.

Je fendis le péritoine sur une étendue de 10 à 12 centimètres, j'aperçus rapidement le gros intestin dilaté par le renflement du biberon et çà et là quelques petites perforations de l'intestin produites par l'extrême distension. Cette constatation me confirma dans cette idée que la laparotomie était indispensable, mais assombrissait singulièrement le pronostic.

J'utilisai les perforations pour inciser l'S iliaque et compléter l'entérotomie.

Cette incision fut chose très aisée, la paroi intestinale dilatée craquait sous le bistouri, mais, après avoir bordé les parties latérales de compresses aseptiques, je dus inciser longuement pour libérer le biberon : après avoir repéré les bords de la plaie avec des pinces de KOCHER je pus enfin extraire le biberon ; j'étais dans l'état de l'accoucheur qui, après des tentatives d'extraction de l'enfant par les voies naturelles, forceps, version, etc., finit par l'extraire à l'aide de l'opération césarienne !

Il sortit un fragment de matière fécale durcie à la suite du biberon, lequel était sale, plein de boue fécale et même de matières durcies.

Il ne s'agit pas d'un petit biberon de poupée mais d'un biberon de fort calibre, de verre épais, renflé dans son centre où il mesure neuf centimètres de largeur, à la base celle-ci est de sept centimètres et demi, la hauteur totale est de dix-sept centimètres.

Je fis une toilette soignée de l'intestin, du péritoine et parties avoisinantes.

Devais-je traiter cette plaie opératoire de l'intestin en la fixant aux parois et faire un anus artificiel ?

Les suites mortelles de l'opération pourraient laisser croire que ce procédé était peut-être plus prudent.

Mais il n'y avait plus d'obstacle au cours des matières, pourquoi exposer ce malade à cette infirmité de l'anus artificiel ? et ensuite, en cas de guérison, aux dangers d'une nouvelle intervention réparatrice ?

Je me dis que si le péritoine avait été infecté par les perforations débutantes de l'intestin, l'opéré aurait été exposé aux mêmes dangers avec ou sans anus artificiel et je me décidai à faire la suture de la brèche intestinale par la suture classique de LAMBERT avec plusieurs plans, enfouissant ainsi du côté de la lumière intestinale, les fragments de paroi qui avaient été malmenés par l'enclavement de la bouteille. Le péritoine et la paroi abdominale furent ensuite suturés par la méthode classique avec léger drainage.

Pour terminer, je suturai la plaie ano-coccygienne.

Les tentatives d'extraction avaient duré de 11 heures à midi. L'opération était terminée et le malade dans son lit entouré de bouillottes à 1 h. 1/2. L'état général du blessé était bon ; le pouls rassurant.

Le soir, température 37°5, pouls 100, pas de vomissements.

La 23, dimanche, l'état général était un peu moins bon, le pouls à 110 mais pas d'abaissement de la température.

Mais le lundi matin 24, à ma visite, le malade était au plus mal, pouls incomptable, peau visqueuse de sueur.

Le malade mourait le soir.

***

La presse locale a donné de cette affaire quelque peu « croustillante », des récits fantaisistes : j'ai tenu à présenter cette observation à la Société Centrale de Médecine pour remettre toutes choses à leur place et surtout pour soumettre à l'appréciation de mes collègues la conduite que j'ai tenue dans ce cas aussi embarrassant que peu banal.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Un disciple exagéré de Descartes.

Brossette, l'ami et le correspondant de Boileau, était si féru de la doctrine de Descartes sur la localisation de l'âme que, devenu veuf, il fit enchâtonner la glande pinéale de sa femme dans une bague qu'il ne cessa de porter jusqu'à sa mort.

(*Centre Médical*). Dr PÉTER-PAUL SOMANS.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Notre Carnet

Le mardi 5 septembre, ont été célébrées, à Hermies (Nord), les cérémonies du mariage du docteur V. PRADOURA, avec Mademoiselle Palmyre CATHELAIN. Nous adressons à notre jeune confrère nos meilleurs souhaits de bonheur.

— Le docteur Henri BRASSART, d'Arras, nous fait part de la naissance de sa fille SIMONE. Nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

— Le docteur NATIER-LEMAIRE, de Crèvecœur-sur-Escaut, nous fait part de la naissance de sa fille PAULE. Nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

— M. le docteur P. VERHAEGHE, d'Etrœungt, nous fait part de la naisseance de sa fille YVONNE. Nos félicitations et nos souhaits les meilleurs.

BIBLIOGRAPHIE

L'œil artificiel, par le Dr Robert COULOMB. 1 vol. in-8, de 152 pages, avec 27 planches photographiques et 123 figures : 10 fr. (Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Après avoir étudié l'histoire de la prothèse, l'auteur passe en revue les différentes améliorations qu'elle a subies : l'époque de la Renaissance connaissait l'œil de métal, les XVIIe et XVIIIe siècles, l'œil de verre ou de cristal ; le XIXe voit apparaître l'œil d'émail.

L'œil artificiel actuel est en émail : les essais de porcelaine, verre, vulcanite et celluloïd ont été rejetés. Les yeux *réformés*, à double coque, ne répondent pas à un besoin et sont avantageusement remplacés par des pièces, dont les bords sont épaissis et évasés, qui ont la même qualité (bords mousses), sans les inconvénients (impossibilité de retouches, fragilité, poids, éclatement spontané).

M. Coulomb donne une description très précise de la fabrication de la coque d'émail et s'étend longuement sur son utilité esthétique prophylactique et thérapeutique.

L'œil artificiel doit posséder deux qualités essentielles : il doit être facilement supporté par la cavité orbitaire et être aussi semblable que possible à l'œil sain.

La disposition des cavités à garnir permet la réalisation plus ou moins complète de ce double but : l'auteur range les opérations plus ou moins préprothétiques par ordre de conservation croissante du contenu de l'orbite qui se trouve être en même temps l'ordre de préférence en vue de bons résultats esthétiques.

Ce qu'il faut préférer à tout, quand c'est possible, c'est la *conservation intégrale* de ce que les processus pathologiques ont pu respecter du globe oculaire.

Pour faire à distance l'adaptation d'un œil artificiel, l'oculiste peut choisir lui-même, dans une collection, une pièce

répondant autant que possible à la cavité qui doit la recevoir. Mais ce moyen est très imparfait et, le plus souvent, il faut demander pour chaque cas une pièce à l'oculariste et recourir au moulage de l'orbite.

La troisième partie de l'ouvrage traite du port de l'œil artificiel, énumère les précautions que nécessite son usage et les inconvénients qu'il peut offrir s'il est trop prolongé. A ce propos l'auteur étudie la structure histologique des bourgeons.

En terminant, le D. Coulomb parle des rétrécissements de la cavité orbitaire, dont la guérison réclame une intervention chirurgicale : l'opération consiste toujours dans un large débridement avec recouvrement des surfaces cruentées par des lambeaux hétéroplastiques en autoplastiques, et, dans ce dernier cas, pédiculés ou libres.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **L'eau d'alimentation de Montpellier ; étude sur la source du Lez**, par les docteurs Bertin-Sans et Rodet. Montpellier, *Serre et Roumégons*, 1905.

— **Simulation et aggravation volontaires des blessures de l'œil à la suite d'accidents du travail**, par le professeur S. Baudry, rapport au *Congrès International des accidents du travail de Liège*, Bruxelles, *Severeyns*, 1905.

— **L'évaluation des incapacités permanentes basées sur la physiologie des fonctions ouvrières des diverses parties du corps**, par le docteur Ch. Remy, rapport au *Congrès médical international des accidents du travail de Liège*, 1905.

— **Plombières ancien et moderne**, par Jean Parisot, Paris, *Champion*, 1905.

— **Les anomalies congénitales du rein chez l'homme, essai de classification d'après 527 cas**, par le docteur G. Gérard, extrait du *Journal de l'anatomie*.

— **Obstétrique et médecine légale**, par le docteur Lop, extrait de la *Presse médicale*, mai 1905.

— **L'anémie du mineur en milieu régimentaire**, par le docteur Thooris, extrait de la *Presse médicale*, juin 1905

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

35e Semaine, du 27 aout au 26 septembre 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	6
3 mois à un an	13	10
1 an à 2 ans	1	2
2 à 5 ans	»	3
5 à 20 ans	1	3
20 à 60 ans	17	13
60 ans et au-dessus	7	8
Total	46	45

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	»	2	»	1	4	»	»	»	1	»	1	13	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	1	1	1	»	1	5	»	»	»	1	»	2	13	13
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	4	»	»	1	»	1	»	»	1	2	5	»	»	1	»	»	5	19	26
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	3	8
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	2	2	2	»	3	»	»	»	»	»	1	9	13
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	2	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	4	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	4
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	2	2	»	»	»	»	»	4	15	20
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	3	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	4	3
Total	»	»	»	1	»	10	2	»	7	1	2	6	5	2	7	26	1	»	1	»	»	15	90	110

N° 453. Neuvième Année. N° 38. Le Numéro : 10 centimes 17 Septembre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La leucocytose digestive, sa valeur diagnostique

par MM.

P. Vanstenberghe et **M. Breton**

Chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Lille. — chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille.

On sait depuis longtemps que pendant la période digestive, il existe, chez l'homme sain, une augmentation du nombre des globules blancs Cette leucocytose a été l'objet de nombreuses recherches des physiologistes qui, presque tous, en ont admis l'existence. MULLER le premier, en 1890, essaye de tirer de l'étude de ce phénomène un élément de diagnostic précoce pour le cancer de l'estomac.

Ses conclusions sont successivement adoptées et combattues ; actuellement encore, il n'est pas possible de se faire une opinion en présence des résultats contradictoires obtenus.

Toutes les études sur ce sujet ont été faites à l'étranger.

L'absence de travaux français nous engage à relater les observations que nous avons recueillies à la clinique de M. le professeur COMBEMALE, à l'hôpital de la Charité.

Nous ferons tout d'abord une revue générale de la question, résumant les données des divers auteurs qui s'en sont occupés ; dans une deuxième partie, nous exposerons les résultats que nous avons obtenus chez l'homme sain et dans différents états pathologiques, nous attachant principalement à étudier la valeur diagnostique de ce phénomène au cours du cancer de l'estomac.

HISTORIQUE

L'existence d'une leucocytose post-digestive est connue depuis longtemps. NASSE, en 1850, signala, le premier, l'influence de l'absorption de nourriture sur la composition du sang ; ses recherches furent bientôt confirmées par celles de HIRT, MOLESCHOTT, MARFELS, de DE PURY, de SORENSEN et VIRCHOW. Cette notion établie fut rapidement vulgarisée en physiologie par de nombreux auteurs. En France, MALASSEZ, GRANCHER, DUBRISAY, BOUCHUT, HAYEM et DUPÉRIÉ notèrent les variations de l'équilibre leucocytaire, au cours des états normaux et pathologiques ; en Allemagne, HALLA, à l'aide de l'appareil de NACHET,

constata la présence d'une leucocytose digestive. Dans divers travaux intéressant cette question, JAKSCH, GRABER, SAMUEL, PÉE et GRIGORESCU établissent le pourcentage des globules rouges et blancs, avant et après le repas ; mais le taux leucocytaire ne fut rigoureusement noté que beaucoup plus tard. En 1890, LIMBECQ, avec une technique parfaite, trouva dans 12 cas, chez l'homme sain, 12 résultats positifs. REINERT, en établissant sur lui-même l'élévation globulaire post-digestive, et cela pendant plusieurs jours, obtint une élévation maximale, 4 heures après le repas de midi. Chaque prise de nourriture provoquait d'ailleurs un accroissement. Ce dernier résultat fut confirmé par SCHULTZE, BURIAN et SCHURR, etc. SCHIFF, JAPHA, DURANTE, GRÉGOR et SCHWINGE, notèrent semblable leucocytose chez l'enfant bien portant.

La leucocytose digestive était donc constatée à tous les âges de la vie, mais il restait à savoir si elle ne subissait pas l'influence de certaines conditions physiologiques. On sut d'abord que les enfants réagissaient mieux que les adultes, les adultes que les vieillards. On vit aussi que, chez le nourrisson, la première prise de lait était suivie de l'élévation maximale des globules blancs (SCHIFF). On connut enfin l'influence de l'alimentation. DUPÉRIÉ avait déjà signalé l'action du lait, des aliments gras, des végétaux sur la production de la leucocytose. ACHARD et LŒPER notèrent la polynucléose consécutive à un régime lacté absolu. Ce furent surtout les médecins de l'école de DORPAT, BOUGAEWSKY, ZANG et OUVAROF, qui consacrèrent leurs travaux à cette question. Ils virent que les aliments les plus riches en phosphore provoquaient la plus forte élévation globulaire. TICHONOW, reprenant chez l'homme sain les expériences de BOUGAEWSKY, établit la courbe leucocytaire aux différentes heures de la journée. HORBACZEWSKY, puis HARTUNG constatèrent que la nucléine en ingestions avait une influence très nette sur la leucocytose digestive. Ce fait était intéressant à rapprocher de la leucocytose provoquée par les injections de nucléine dans les séreuses.

Le rapide exposé historique que nous venons de faire plaide en faveur de la constance du phénomène de la leucocytose digestive. Il nous faut ajouter qu'une opinion contraire s'est fait jour et a trouvé des défenseurs. MALASSEZ n'a pas constaté l'existence de la leucocytose après ingestion d'aliments solides. GRANCHER a soutenu que le nombre des leucocytes variait indépendamment de l'absorption de nourritures. HALLA et REINECKE ont fait de semblables constatations et ce dernier a nié complètement l'accroissement du taux des globules blancs. RIEDER ne l'a trouvée que 17 fois sur 23 adultes, BURIAN et SCHURR, 11 fois sur 13 cas. GREGOR, JAPHA et DURANTE ont obtenu chez les enfants des résultats contradictoires. Du reste JAPHA, dans une revue très complète de la question, a fait une part considérable aux variations, normales et indépendantes de la digestion, de l'équilibre leucocytaire. Ces variations seraient assimilables, d'après cet auteur, à celles qui se manifestent pour toutes les fonctions de l'organisme (nombre des pulsations, des mouvements respiratoires, etc.).

Il résulte donc que l'accord n'est pas complet entre tous ceux qui ont étudié la leucocytose digestive physiologique. Les uns l'admettent sans conteste, les autres en soumettent la production à certaines modifications biologiques, d'autres la rejettent. De l'ensemble de ces opinions, il semble donc logique de conclure à la fréquence du phénomène, mais non à sa constance.

La même incertitude plane-t-elle sur l'existence de cette leucocytose dans les états pathologiques ? MULLER, le premier, en 1890, constata l'absence du phénomène au cours du carcinome stomacal et conclut à l'importance de ce signe dans le diagnostic précoce de la maladie. En 1895, deux travaux parurent simultanément. L'un était dû à SCHNEYER, l'autre à HARTUNG. Les deux observateurs constatèrent la présence de la leucocytose dans l'ulcère, l'absence dans le cancer. HASSMANN admit la non-valeur du procédé, bien que n'ayant étudié que deux malades : BURIAN et SCHURR, CAPSS et CABOT, HOFFMANN virent que la leucocytose manquait dans les cas de tumeur maligne, mais qu'elle était aussi exceptionnellement absente dans les gastrites avec hypo-acidité. Pour ce dernier auteur, le phénomène était lié à la présence ou à la disparition de l'acide chlorhydrique libre. Ces conclusions furent adoptées par CHEADBOURNE, en 1898, puis par JEZ. OSLER et MAC CRAE, DOUGLAS proclamèrent l'incertitude de la méthode et restèrent indécis sur sa valeur diagnostique.

Depuis 1902, rien n'a été publié sur la question. MOUISSET et TOLOT, dans leur article de la *Revue de Médecine* (Hématologie du cancer de l'estomac), ne se sont pas occupés de la leucocytose digestive. BEZANÇON et LABBÉ, dans leur récent traité d'hémato-

logie, ont fait une revue à peu près complète du sujet que nous étudions et ont conclu au peu de valeur du procédé pour l'établissement d'un diagnostic précoce.

En présence de la multitude des opinions émises, tant au point de vue physiologique que pathologique, il n'était pas étonnant que l'interprétation du phénomène eût donné lieu à des théories en apparence très différentes. Une explication d'ordre anatomique avait été fournie par Hofmeister. Cet auteur admettait que l'absorption des substances albuminoïdes produisait l'hypergénèse du tissu lymphoïde de l'intestin; les cellules de ce tissu, reprises par les lymphatiques, étaient déversées ensuite dans la circulation. Heidenhain objecta que la teneur en globules du chyle contenu dans le canal thoracique ne variait pas *post prandium*. Pohl, au contraire, contesta que le canal thoracique fût la seule voie d'accès des globules néoformés vers l'appareil circulatoire et attribua en grande partie ce rôle aux veines intestinales. Cette théorie fut battue en brèche par les expériences de Burian et Schürr qui montrèrent que l'augmentation globulaire et la peptonisation ne marchent pas de pair. Au chiffre maximum de globules blancs, jamais n'a correspondu une élimination plus considérable d'azote par l'urine.

La cause réelle du phénomène devait être cherchée ailleurs. Burian et Schürr, dont nous venons de parler, comparèrent la leucocytose digestive à toutes les leucocytoses infectieuses connues. Il s'agissait, suivant eux, d'un processus de réaction contre les substances nuisibles introduites dans le sang avec les produits d'élaboration des aliments. Lowit appuya cette opinion en montrant que les produits de la peptonisation étaient d'actifs agents de désintégration cellulaire et que celle-ci était vite suivie d'une multiplication de globules blancs. Gregor, puis Rieder admirent enfin que la leucocytose post-digestive était due à la chimiotaxie cellulaire, suscitée par la présence, à ce moment, dans le sang, de produits digérés et de substances digestives. La polynucléose souvent constatée était en faveur de cette opinion et les follicules lymphatiques n'avaient plus rien à voir avec le phénomène, à moins qu'ils ne puissent produire, comme l'admettent certains auteurs (Lengemann), le polynucléaire du sang.

Nous conclurons qu'il est logique de penser que l'apparition d'une quantité plus considérable de leucocytes dans le sang, pendant la période digestive, est due à la production de substances nouvelles, soit destructives des globules blancs, soit excitatives des organes hématopoiétiques. La leucocytose digestive physiologique est absolument comparable à celle que les microbes et leurs toxines produisent quand ils se développent dans l'organisme.

RECHERCHES PERSONNELLES

A. — *Technique*

Toutes nos énumérations ont été faites avec l'appareil de Hayem. Le sujet est à jeun depuis la veille. On lui prend deux millimètres cubes de sang que l'on mélange aussitôt à 500 millimètres cubes d'une solution d'acide acétique teintée par le bleu de méthylène. Le mélange est fait dans de petits tubes bouchés. On peut le transporter facilement et faire la numération soit de suite, soit quelques heures après. Il suffit d'agiter le liquide avec une palette pour le rendre homogène. Les hématies ont disparu; les leucocytes, au contraire, sont extrêmement visibles. Leur noyau est coloré et il est ainsi très facile de distinguer la variété de leucocyte rencontré.

Chose importante, les leucocytes se conservent admirablement dans cette solution; les numérations pratiquées de suite ou seulement plusieurs heures après la prise donnent des résultats identiques.

La numération se fait avec la cellule de Hayem. La partie qui porte la lentille condensatrice et le carré est fixée à une monture spéciale et centrée, une fois pour toutes, sur le microscope. On peut ainsi changer rapidement les préparations et se servir pendant la numération d'une platine mobile, ce qui augmente beaucoup l'exactitude de la méthode. On compte 40 carrés et cela plusieurs fois de suite dans des préparations différentes. Il nous est souvent arrivé de faire ainsi séparément des numérations et de trouver chaque fois un bon nombre de leucocytes identique ou très sensiblement voisin.

Pour étudier la leucocytose physiologique, nous avons fait une série de numérations à différentes heures de la journée. Chez les malades après de nombreux examens, nous avons constaté avec la majorité des auteurs qu'il était inutile de multiplier les prises de sang. Si, en effet, 2 heures après le repas, il n'y a pas de leucocytose, 3 et 4 heures après on n'en trouvera pas davantage.

Donc, en pratique courante, il nous paraît nécessaire de procéder de la façon suivante : faire la première

prise de sang le matin à jeun ; faire prendre au sujet immédiatement un repas comprenant pain et lait ; 2 heures après recueillir 2 millimètres cubes de sang.

Les échantillons se conservent suffisamment bien pour que l'on puisse les envoyer au laboratoire où l'on fera la numération.

B. — *Leucocytose digestive chez l'homme sain*

Les expériences que nous avons faites ont eu pour but de contrôler l'existence d'une leucocytose digestive et de rechercher la moyenne de l'augmentation globulaire chez l'homme sain, *post prandium.*

Nous nous sommes fait une règle de ne pas modifier les conditions normales d'existence et de régime du sujet. Nous avons recueilli le sang avant le petit déjeuner du matin, 2 heures après celui-ci, à midi avant le déjeuner, enfin 4 heures après ce dernier. Nous avons attendu 2 heures après le premier repas, pour prélever le sang, car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'élévation du taux des globules blancs atteint alors son maximum. Sur quatre sujets normaux, nous avons constaté quatre fois une leucocytose digestive. Celle-ci varie entre 3 et 6.000 ; le nombre primitif pouvant doubler. Dans tous les cas, l'augmentation porte indifféremment sur les poly- et les mononucléaires. Voici un tableau résumant ces résultats :

SUJET A

A jeun (8 heures du matin)	4.650	mononucléaires polynucléaires	17 p. 100 83 —
2 heures après le 1er déjeuner	10.850	mononucléaires polynucléaires	20 p. 100 80 —
A midi	9.300	mononucléaires polynucléaires	17 p. 100 83 —
A six heures du soir	4.650	mononucléaires polynucléaires	17 p. 100 83 —

SUJET B

A jeun (8 heures du matin)	6.100	mononucléaires polynucléaires	29 p. 100 61 —
2 heures après le 1er déjeuner	12.400	mononucléaires polynucléaires	50 p. 100 50 —
A midi	9.920	mononucléaires polynucléaires	43 p. 100 57 —
A 6 heures du soir	4.650	mononucléaires polynucléaires	24 p. 100 66 —

SUJET C

A jeun (8 heures du matin)	6.200	mononucléaires polynucléaires	13 p. 100 87 —
2 heures après le 1er déjeuner	9.300	mononucléaires polynucléaires	30 p. 100 70 —
A midi	7.750	mononucléaires polynucléaires	20 p. 100 80 —
A 6 heures du soir	3.100	mononucléaires polynucléaires	25 p. 100 75 —

SUJET D

A jeun (8 heures du matin)	7.750	mononucléaires polynucléaires	10 p. 100 60 —
2 heures après le 1er déjeuner	10.850	mononucléaires polynucléaires	43 p. 100 57 —

Il est donc évident qu'une augmentation globulaire suit généralement chaque ingestion. Cette leucocytose n'entraîne pas une élévation appréciable du nombre des globules rouges. Nous nous sommes assurés de l'exactitude de cette donnée, en procédant à des numérations répétées à différentes heures de la journée. En comparant entre eux les résultats des numérations faites 4 à 5 heures après le repas du matin et ceux obtenus à la fin de la journée, nous avons été frappés d'un fait intéressant à signaler : il n'y a nulle comparaison entre le taux des globules comptés à midi et au soir, bien que la distance qui sépare les deux examens du dernier repas soit sensiblement égale. Dans les quatre cas, le taux reste élevé au milieu de la journée et s'abaisse pour atteindre un minimum vers le soir.

En répétant plusieurs fois sur la même personne et dans des conditions analogues l'examen du sang, les résultats ont été identiques. Nous en avons conclu qu'indépendamment de toute influence digestive, il y avait, aux différentes heures de la journée, des changements dans la formule leucocytaire de l'individu, celles-ci étant sans doute sous la dépendance des habitudes acquises et des besoins physiologiques. Nous avons fait jeûner deux des sujets nous ayant déjà fourni les premiers résultats et leur courbe leucocytaire a pleinement confirmé notre manière de voir.

Voici un tableau plus démonstratif que toute explication :

SUJET A

A jeun (8 heures du matin)	5.270	polynucléaires mononucléaires	70 p. 100 30 —
A jeun (10 heures du matin)	6.280	polynucléaires mononucléaires	85 — 15 —
A jeun (midi)	7.750	polynucléaires mononucléaires	60 — 40 —
4 heures après le repas de midi	5 600	polynucléaires mononucléaires	70 — 30 —

SUJET B

A jeun (8 heures du matin)	4.030	polynucléaires mononucléaires	30 p. 100 70 —
A jeun (10 heures du matin	6.200	polynucléaires mononucléaires	50 — 50 —
A jeun (midi)	6.200	polynucléaires mononucléaires	55 — 45 —
4 heures après le repas de midi	4.650	polynucléaires mononucléaires	70 — 30 —

Il ne peut être tiré de conclusion de deux faits isolés, mais ces faits constatés à plusieurs reprises chez les mêmes sujets nous ont semblé avoir quelque valeur. Les résultats acquis sont donc les suivants : il existe normalement à l'état de jeûne et aux différentes heures

du jour des variations leucocytaires ; la polynucléose est plus marquée à l'état de jeûne qu'après un repas. L'élévation globale n'atteint jamais cependant le taux constaté lorsque l'individu mange et n'abandonne aucune de ses habitudes d'existence. Nous pensons donc que la leucocytose digestive est un fait normal qui doit être observé habituellement chez l'individu sain. Nous appelons leucocytose digestive une élévation globulaire dépassant au moins du tiers, parfois de moitié, le taux primitif. Nous insistons sur ce chiffre et sur la surélévation de nombre, car nous voulons éviter toute cause d'erreur dans l'interprétation du phénomène. Nous ajouterons que la nature de la réaction leucocytaire provoquée par la digestion est discutée : la plupart des observateurs ont constaté une polynucléose (JAPHA, RIEDER, etc.). Seul MAX CARSTANJEN arrive à des résultats différents : pour lui, le taux des polynucléaires s'abaisse progressivement, tandis que celui des lymphocytes augmente. Quatre heures après le repas, l'hypopolynucléose est à son acmé.

Nos numérations nous montrent qu'il y a normalement après le repas augmentation du type des mononucléaires ; celui des polynucléaires ne varie pas ou varie peu. Chez l'homme à jeun, au contraire, la faible augmentation constatée au cours de la journée porte sur les polynucléaires.

C. — *Leucocytose digestive dans les différents états pathologiques*

L'étude que nous avons entreprise, ayant surtout pour but d'étudier la leucocytose digestive au cours des maladies de l'estomac, nous signalerons d'abord les résultats obtenus dans ces affections. Tous les sujets que nous avons soumis à l'épreuve ont été observés aux mêmes heures de la journée. Systématiquement, nous les avons mis à la diète pendant seize heures. Ceux présentant des phénomènes de stase gastrique ont été nourris vingt-quatre et trente-six heures par voie rectale, pour éviter toute cause d'erreur résultant de rétention ou de fermentation anormale. Au besoin, nous avons eu recours au lavage à l'aide de la sonde et nous nous sommes assurés ainsi que nos résultats ne puissent être faussés.

Les treize cas de *cancer d'estomac* que nous rapportons ont eu leur diagnostic contrôlé non seulement par la marche clinique de la maladie, mais encore par l'examen radioscopique, par l'intervention chirurgicale ou par la nécropsie qui a suivi l'issue fatale. Nous ajouterons pour chaque cas quelques mots d'observation :

OBSERVATION I. — Femme de 58 ans, entrée le 8 février 1905, dans un état d'émaciation profond, teinte jaune paille de la face, adénopathie dans les fosses sus-claviculaires : ganglion de Troisier, œdème des jambes, tumeur de l'estomac palpable. Mort le 15 février.

L'autopsie montre l'existence d'un *cancer de l'estomac généralisé au foie et au péritoine.*

Leucocytose digestive. A jeun : 18.600	mononucléaires	17 p. 100
	polynucléaires	83 —
— 2 h. après le repas : 17.050	mononucléaires	9 p. 100
	polynucléaires	91 —

OBSERVATION II. — Homme de 52 ans, entré le 17 février 1905. Entérite muco-membraneuse depuis huit ans. Signes de sténose pylorique depuis six mois : estomac dilaté, régurgitations fréquentes. Perte de poids (30 livres en six mois). Tumeur pylorique palpable. Opéré de gastro-entérostomie, le 22 mars 1905, dans le service de M. le professeur Dubar. *Cancer du pylore avec envahissement ganglionnaire.*

Leucocytose digestive. A jeun : 4.650	mononucléaires	47 p. 100
	polynucléaires	53 —
— Après le repas : 3.100	mononucléaires	50 p. 100
	polynucléaires	50 —

OBSERVATION III. — Femme de 48 ans, maigrissant, présentant des troubles digestifs depuis plus de six mois. Hématémèse. Melæna, *tumeur de l'estomac* et *du foie,* très perceptible à la palpation. Examinée le 18 février. Vient de faire une phlébite du membre inférieur droit.

Leucocytose digestive. A jeun : 6.200	mononucléaires	50 p. 100
	polynucléaires	50 —
— 2 h. après le repas : 3.100	mononucléaires	10 p. 100
	polynucléaires	90 —

OBSERVATION IV. — Homme de 32 ans, atteint de rétrécissement œsophagien bas situé, constaté par la radioscopie. Amaigrissement. Hématémèse, melæna, cachexie. *Tumeur de l'estomac* perceptible au toucher manuel de l'épigastre.

Leucocytose digestive. A jeun : 18.600.
— 2 heures après le repas : 15.500.

OBSERVATION V. — Homme de 44 ans. Douleurs gastriques. Melæna, hématémèse, absence d'acide chlorhydrique libre. Cachexie. Mort deux mois après l'entrée à l'hôpital. *Cancer du pylore,* infiltré dans les parois, sans ulcérations de la muqueuse.

Leucocytose digestive. A jeun : 18.860.
— 2 heures après le repas : 15.500.

OBSERVATION VI. — Homme de 56 ans. A présenté, deux ans durant, des signes de rétrécissement du cardia. Cachexie. Mort le 3 avril 1905. *Cancer infiltré de l'estomac* répondant microscopiquement et macroscopiquement au terme de linite plastique.

Leucocytose digestive. A jeun : 18.600	mononucléaires	34 p. 100
	polynucléaires	66 —
— 2 h. après le repas : 17.050	mononucléaires	18 p. 100
	polynucléaires	82 —

OBSERVATION VII. — Décembre 1904. Homme de 39 ans. Signes de péritonite cancéreuse ; le passé gastrique est très chargé, hématémèse, melæna, etc. Mort à l'hôpital deux jours après son entrée. *Carcinose généralisée aux viscères abdominaux.*

Leucocytose digestive. A jeun : 12.400	polynucléaires	62 p. 100
	mononucléaires	38 —
— 2 h. après le repas : 10.850	polynucléaires	71 p. 100
	mononucléaires	29 —

OBSERVATION VIII. — Homme de 54 ans, entré à l'hôpital en janvier 1905. Symptômes de cancer d'estomac. Adénopathie généralisée. Vomissement, hématémèse, mélæna. *Rétrécissement au niveau du cardia*, constaté à la radiographie. L'ÉVOLUTION EST LENTE, MAIS CONTINUE ; actuellement le malade est très émacié.

Leucocytose digestive :

1er examen (janv. 1905) A jeun : 13.950	polynucléaires	88 p. 100
	mononucléaires	12 —
— 2 h. après le repas : 16.000	polynucléaires	77 p. 100
	mononucléaires	23 —
2e examen (février 1905) A jeun : 9.300	polynucléaires	70 p. 100
	mononucléaires	30 —
— 2 h. après le repas : 12.400	polynucléaires	75 p. 100
	mononucléaires	25 —
3e examen (mars 1905) A jeun : 10.850	polynucléaires	78 p. 100
	mononucléaires	22 —
— 2 h. après le repas : 10.850	polynucléaires	82 p. 100
	mononucléaires	18 —
4e examen (avril 1905) A jeun : 17.050	polynucléaires	65 p. 100
	mononucléaires	35 —
— Après le repas : 15.500	polynucléaires	80 p. 100
	mononucléaires	20 —

OBSERVATION IX. — Homme de 52 ans. Symptômes anciens de sténose pylorique après antécédents d'ulcère stomacal. Mort à l'hôpital. *Néoplasme* du pylore constaté à l'autopsie.

Leucocytose digestive. A jeun : 15.500.
2 heures après le repas : 15.500.

OBSERVATION X. — Homme de 58 ans, entré à l'hôpital en état d'émaciation avancé. Mort huit jours après. *Cancer de l'estomac bourgeonnant*, ayant envahi le foie.

Leucocytose digestive. A jeun : 8.370	polynucléaires	85 p. 100
	mononucléaires	15 —
— Après le repas : 6.820	polynucléaires	62 p. 100
	mononucléaires	38 —

OBSERVATION XI. — Homme de 47 ans, atteint de *cancer stomacal*. Meurt de cachexie.

Leucocytose digestive. A jeun : 8.370	mononucléaires	16 p. 100
	polynucléaires	84 —
— Après le repas : 6.820	mononucléaires	44 p. 100
	polynucléaires	56 —

OBSERVATION XII. — *Sténose pylorique*, observée dans le service de M. le professeur FOLLET, opérée et reconnue de nature néoplasique.

Leucocytose digestive. A jeun : 13.950	mononucléaires	30 p. 100
	polynucléaires	70 —
— 2 h. après le repas : 13.950	mononucléaires	13 p. 100
	polynucléaires	87 —

OBSERVATION XIII. — *Cancer de l'estomac.* Homme de 63 ans. Stade de tumeur et de cachexie. Intolérance stomacale complète. Evolution très rapide.

Leucocytose digestive. A jeun : 10.850	mononucléaires	43 p. 100
	polynucléaires	57 —
— 2 h. après le repas : 10.850	mononucléaires	15 p. 100
	polynucléaires	85 —

En résumé, sur 13 malades observés, nous avons constaté 12 fois l'absence de leucocytose digestive ; une seule fois le résultat a été douteux. Nous ferons observer, au sujet de ce dernier cas (obs. VIII), que le malade atteint de sténose œsophagienne, a présenté très tardivement des symptômes gastriques. A ce moment, coïncidence curieuse, l'examen de la leucocytose digestive, répétée à deux reprises, a été négatif (1). Dans tous les cas typiques, l'absence de leucocytose digestive a été notée. Dans 2 autres cas cliniquement douteux (nous citerons spécialement l'observation II), l'intervention a conclu en faveur du néoplasme, bien que les symptômes eussent plutôt fait présager une gastro-névrose.

Nous pensons utile d'indiquer dans un tableau synoptique les résultats obtenus par les auteurs qui se sont occupés de ce nouveau procédé de diagnostic au cours du cancer stomacal. Au total, sur 163 cas, l'épreuve a été négative 131 fois, positive 29 fois.

Noms des auteurs	Nombre de malades observés	Résultat négatif absence de leucocytose	Résultat positif présence de leucocytose
Muller	5	5	0
Schneyer	18	18	0
Hartung	10	10	0
Hassmann	2	0	2
Burian et Schürr	3	0	3
Capps et Cabot	37	34	3
Hoffmann	24	22	2
Cheadbourne	10	9	1
Jez	8	8	0
Osler et Mal Crae	22	12	10
Douglas	11	4	7
Vanstenberghe et Breton	13	12	1

Il était indispensable, pour contrôler la valeur du procédé, de rechercher si l'absence de leucocytose digestive était un fait spécial aux cancers de l'estomac, ou si ce phénomène n'était pas commun à toutes les affections viscérales néoplasiques. Nous avons recueilli trois observations de malades atteints de tumeurs du foie, sans généralisation à l'estomac. L'issue fatale a confirmé le diagnostic. L'examen n'a pas décelé de leucocytose digestive.

Diagnostic établi par nécropsie.	Leucocytose av. le repas.	Leucocytose ap. le repas.	Résultat positif (en plus).	Résultat négatif (en moins).
Cancer primitif du foie	11.160	9.000	»	2.100
Cancer second. du foie (tête du pancréas).	17.650	12.400	»	5 210
Cancer second. du foie (épiploon)	17.050	13.950	»	3.100

Cette constatation tend à prouver que les affections

1. Notre travail était terminé, quand le malade a succombé. L'autopsie a révélé l'existence d'un cancer de la portion inférieure de l'œsophage, avec propagation toute récente au cardia et envahissement secondaire du foie.

néoplasiques qui lèsent gravement la muqueuse stomacale et les organes annexes de l'appareil digestif, foie (pancréas, peut-être), suppriment, en même temps que la fonction, la réaction leucocytaire pendant la période digestive. En faveur de cette théorie, la plupart des auteurs ont soutenu que l'absence de peptonisation au cours du cancer gastrique suffisait à expliquer la disparition de la leucocytose (MULLER). SCHNEYER, CHRADBOURNE et HOFFMAN ont voulu établir un parallélisme entre la disparition de l'acide chlorhydrique libre et l'absence de réaction leucocytaire. Seuls JEZ et HARTUNG soutiennent qu'il n'y a là nullement relation de cause à effet ; l'un voit dans l'état de la muqueuse gastrique et de son appareil lymphoïde, l'explication du phénomène ; l'autre émet l'hypothèse d'une action spéciale du cancer sur les organes hématopoiétiques. Les faits suivants sont en contradiction avec la manière de voir de ces derniers auteurs : en effet, dans 3 cancers n'intéressant pas directement les organes digestifs, voici les résultats obtenus :

Diagnostic établi par nécropsie.	Leucocytose avant le repas p. 100.		Leucocytose après le repas p. 100.		Résultat positif (en plus)
Cancer utérin	7.750	mon. 60 poly. 40	12.400	mon. 42 poly. 58	4 650
Cancer de l'intestin .	4.650	mon. 50 poly. 50	10.850	mon. 20 poly. 80	6 200
Sarcome de l'ox coxal	4.650	mon. 27 poly 73	8.370	mon. 30 poly. 70	3 720

Il est donc évident que le phénomène n'est pas le propre de toutes les affectious néoplasiques, quel qu'en soit le siège. Il n'est pas non plus spécial aux cancers localisés à l'estomac, car il est observé indifféremment dans les cancers hépatiques et gastriques.

Nous ne conclurons pas de ces recherches à l'infaillibilité de ce procédé nouveau de diagnostic des cancers gastrique et hépatique. Nous pensons que dans ces affections, la leucocytose post-digestive peut exister et que sa présence est sans doute la preuve d'une conservation passagère et d'une suppléance de fonction de l'organe. Nous croyons qu'absente *souvent*, à la période d'envahissement, la leucocytose post-digestive manque *toujours*, à la phase de cachexie. Ce qu'il importait de savoir, ce n'était pas la constance du symptôme, mais la valeur du procédé. A une période où il n'est pas facile de diagnostiquer une gastrite toxique d'un ulcère simple ou d'un néoplasme, la recherche de la leucocytose digestive s'impose. Nul procédé chimique ne sera alors concluant, nul symptôme habituellement constaté ne fera sûrement présager de la nature de l'affection ; la formule leucocytaire établie avant et après le repas, fournit à ce moment un appoint de haute valeur pour le diagnostic.

Voici maintenant quelques observations d'affections gastriques non néoplasiques. Celles-ci prouvent toutes la constance de la courbe leucocytaire dans les maladies non cancéreuses.

Diagnostic	Examen du sang avant le repas p. 100.		Examen du sang après le repas p. 100.		Résultat positif (en plus).	Résultat négatif (en moins)
Chlorose et ulcère de l'estomac. . . .	9.900		12 780		2.880	»
Troubles gastriques et ptose viscér. génér.	3.100	m. 50 p. 50	9.300	m. 18 p. 32	6.200	»
Gastrique éthylique .	4 530	m. 50 p. 50	7.750	m. 50 p. 50	3.200	»
Gastrique éthylique .	3.600	m. 2 p. 98	6.200	m. 23 p. 77	3.100	»
Troubles gastriq. au cours d'une grossesse	4.650	m. 13 p. 87	7.750	m. 50 p. 50	3 100	»
Ulcus rotundum . .	7.750	m. 20 p. 80	9.650	m. 33 p. 67	1.900	»
Chloro-anémie . .	4.150	m. 30 p. 70	6.200	m. 26 p. 73	2.050	»
Ulcère du duodénum.	6 200	m. 50 p. 50	10.850	m. 27 p. 73	4 650	»

Enfin, nous avons étudié certains cas cliniques les plus divers, dans le but de contrôler l'existence d'une leucocytose digestive, au cours d'états morbides producteurs d'anémie, et surtout de désordres gastriques. Nous nous sommes ainsi assurés que l'absence de ce phénomène physiologique n'était pas le fait d'une simple viciation de fonction, mais qu'elle dénotait une modification profonde et sans doute irrémédiable.

Leucocytose digestive au cours de diverses tuberculoses

NOMBRE DES LEUCOCYTES PAR MILLIMÈTRE CUBE

Diagnostic.	Examen du sang avant le repas p. 100.		Examen du sang après le repas p. 100.		Augmentation.	Diminution.
Tuberculose pulmon. 1re période	6.200	m. 25 p. 75	12.400	m. 70 p. 30	6.200	»
Tuberculose pulmon. 3e période.	6.200	m. 22 p. 78	9.300	m. 50 p. 50	3.100	»
Tuberculose péritonéale.	9.300	m. 16 p. 84	9.920	m. 15 p. 85	620	»
Tuberculose pulmon. 2e période.	3.720	m. 40 p. 60	6.350	m. 40 p 60	2.630	»
Tuberculose pulmon. 2e période.	9.300	m. 45 p. 55	12.400	m. 20 p. 80	3.100	»
Tuberculose pulmon. 2e p. troubles digest.	7.750	m. 85 p. 15	13.950	m. 60 p. 40	6.200	»
Péritonite tuberculeuse.	3.100	m. 50 p. 50	10.850	m. 40 p. 60	7.750	»
Tuberculose intestinale et péritonéale.	12.400		12.100		»	300
Tuberculose pulmon. aiguë	17.300		17.050		»	250
Tuberculose général. poumon, foie, etc.	10.850	m. 12 p. 88	9.300	m. 30 p. 70	»	1.550

Normalement, au cours de la tuberculose, même chez le malade atteint de troubles gastriques, la leucocytose digestive existe. Trois résultats sont négatifs :

dans l'un des cas (n° 8), le malade ne s'alimentait plus et le repas d'épreuve n'a pas été pris; le second malade (n° 10), était à la période de cachexie et est mort quelques jours après l'examen; enfin, le 3e cas est nettement négatif. On peut noter que l'hyperleucocytose pathologique a suffi peut-être à masquer la réaction. Du reste, chez un malade atteint de granulie, Sailer a obtenu semblable résultat.

Nous avons enfin choisi des sujets atteints d'affections diverses, n'intéressant pas d'une façon immédiate l'appareil digestif, et nous avons constaté que, chez eux comme chez l'homme normal, la leucocytose digestive était constante.

Diagnostic.	Examen du sang avant le repas. p. 100.		Examen du sang après le repas. p. 100.		Augmentation.	Diminution.
Colique hépatique .	6.200	m. 33 p. 66	7.750	m. 30 p. 70	1.550	»
Sténose cicatricielle de l'œsophage . .	10.000		15.500		5 500	»
Néphrite chronique .	13.950		15.870		1.920	»
Rhumatisme articulaire aigu . . .	10.850	m. 28 p. 72	13.950	m. 30 p. 70	3 100	»
Diabète pancréatique	7.750	m. 28 p. 72	13.950	m. 33 p. 67	6.200	»

Nous nous résumons en disant que, sauf exception, l'absence de leucocytose digestive est un phénomène probant en faveur d'une affection néoplasique de l'estomac et du foie.

Il est rare, sauf aux stades terminaux des maladies aiguës ou chroniques où la fonction gastrique est souvent abolie, de constater cette suppression. Celle-ci reste donc un symptôme précieux par sa valeur diagnostique et pronostique.

CONCLUSIONS

Les conclusions que l'on peut tirer de nos recherches sont les suivantes :

1° Il existe normalement chez l'homme sain une leucocytose post-digestive qui atteint son maximum deux heures après le repas, et qui dépasse notablement les oscillations journalières de la courbe leucocytaire chez l'homme à jeun..

2° L'augmentation leucocytaire, constatée après le repas, porte principalement sur le taux des mononucléaires. Chez. l'homme à jeun, au contraire, les faibles variations journalières portent sur la masse des polynucléaires.

3° La leucocytose post-digestive manque dans certains états pathologiques, et particulièrement au cours des cancers gastrique et hépatique.

4° L'absence de réaction n'est pas liée à la cachexie ou à l'anémie qui accompagnent presque toujours ces affections.

BIBLIOGRAPHIE

1850. Nasse. *Ueber den Einflus der Nährung auf das Blut.*

1854. Moleschott. Ueber das Verhältniss der farblosen Blutkörperchen zu den farbigen in den verschiedenen Zustanden des Menschen (*Wien. med. Woch.*, n° 8).

1856. Hirt. *Ueber das numerische Verhältniss zwischen den weissen und roten Blutkörperchen*, p. 174.

1874. Malassez. *Arch. de phys. norm. et pathol.*

1874. Virchow. *Cellular Pathologie*, 4 Aufl. S. 229.

1876. Grancher. *Gaz. méd.*, Paris, p. 321.

1878. Dubrisay et Bouchut. *Gaz. méd.*, Paris.

1878. Dupérié. Variations physiologiques dans l'état anatomique des globules du sang (*Thèse* de Paris).

1881. Cadet. Etude physiologique des éléments figurés du sang (*Thèse* de Paris).

1883. Halla. *Zeitchr. f. Heilk.*, 1883.

1883. Reinecke. Ueber den Gehalt des Blutes an Köperchen (*Virch. Arch.*, B d118).

1887. Hofmeister. Ueber Resorption und Assimilation der Nährstoffe (*Arch. f. exper. Path. u. Pharmac.*, Bd XXII).

1880. Hammerschlag. *Wiener klin. Rundschau*, IX Jahrg., n°s 25 et 26 ; — *Zeitschr. f. klin. Med.*, n° 11.

1889. Hayem. *Du sang*, Paris, 1879, S. 189.

1889. Pohl. Die Vermehrung der farblosen Zellen in Blute nach Nährungsaufnahme (*Arch. f. exper. Path. u. Pharmac.*, Bd XXV).

1890. Horbaczewski. *Sitzungber. d. Kaiserl. Akad. d. Wissensch. Wien.*

1890. Jaksch. *Klinische Diagnostic.*

1890. Limbeck. *Klinisches und Experimentelles über dieentz ündl. Leukocytose. Zeitschr. f. Heilk.*, Bd IX.

1890. R. Muller. Klinische Beobachtungen über Verdauungsleukocytose (*Präger med. Woch.*, p. 213 et suiv.).

1890. Schiff. Ueber das quantitative Verhalten der Blutkörperchen und das Hæmoglobin bei neugeborenen Kindern und Säugligen unter normalen und pathologischen Verhältnissen (*Zeitschr. fur Heilkunde*, p. 17-89).

1891 Reinert. *Die Zahlung der Blutkörperchen und ihre Bedeutung für die Therapie*, Liepzig.

1891. Samuel. *Eutenburg's Realencyklopädie*, 2 Aufl., Bd III, S. 200,

1892. Rieder. *Beitrage zur Kenntniss der Leukocytose und verwandter Zustande des Blutes*, Liepzig.

1893. Goldscheider und Jacob. Ueber die variationen der Leukocytose (*Zeitschr. f. klin Med.*, Bd XXV).

1893. Grawitz. *Deutsche med. Woch.*, n° 51.

1893. Schulz. Experimentelle Untersuchungen ueber das Vorkommen und die diagnostische Bedeutung der Leukocytose (*Deutsche Archiv fur klin. Med.*, vol. 51).

1893. Broido. Travaux russes sur la leucocytose (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 7 septembre, n° 36, p. 421).

1893. Hammerschlag. Zur Kenntniss der Magencarcinome (*Wiener klin. Woch.*, VII, Jahrg. n° 26, p. 477).

1895. Hartung. Untersuchungen des Blutes von Krebskranken mit besonderer Berucksichtigung der Verdauungsleukocytose (*Wiener klin. Woch.*, p. 697).

1895. Schneyer. Das Verhalten den Verdauungsleukocytose bei ulcus rotundum und Carcinoma ventriculi, p. 475 (*Zeitschr. für klin. Med.* vol. 27).

1896. Ascoli. *Policlin. Roma*, III M. 501-582.

1896. Hassmann. *Wien. klin. Woch.*, IX. 314-318.

1897. Burian u Schurr. Verdauungsleukocytose und Verdauung (*Wien. klin. Woch.*, 1897, n° 6).

1897. Capps et Cabot. *Boston med. surg. Journal*, 4 nov. 1897.
1897. Hoffmann. Die Verdauungsleukocytose bei Carcinoma ventriculi (*Zeitschr. f. klin. Med.*).
1897. Sailer. *Internat. med. Magazine*, juillet, p. 404-412.
1898. Bougaewski. *Thèse* Dorpat, p. 112.
1898. Cheaddourne. Beitrag zur Verdauungsleukocytose bei Magenkranken (*Berlin. klin. Woch.*, n° 2).
1898. Gregor. Untersuchungen über Verdauungsleukocytose bei Magendarmkrangen sauglingen (*Arch. f. Verdauungs Krankh.*, Bd III).
1898. Jez. Ueber die Blut untersuchung bei Magenerkrankungen besonders bei ulcus rotundum und carcinoma ventrieuli (*Wien. med. Woch.*, p. 633).
1898. Marchetti. *Settimane med. d. Sperimentale*, Firenze, liv 541-544.
1898. Ouvarov. *Thèse* Dorpat, 1898.
1898. Schwinge. Ueber den Hämoglobingehalt und die Zahl der Weissen udd Roten blutkorperchen in den verschiedenen menschlichen Lebensaltern unter physiologischen (*Presschrift Göttingen*, 1898.
1898. Zang. *Thèse* Dorpat, 1898.
1899. Leredde et Loeper. L'équilibre leucocytaire (*Presse médicale*).
1900. Carstanjen Max. Wie verhalten sich die prozentischen Verhältnisse der verschiedenen Formen der Blutköperchen beim menschen unter normalen Umstanden (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, p. 215 et suiv.).
1900. Japha. Die Leucocyten beim gesunden und Kranken Säugling (*Jahrbuch für Kinderheilhunde*, 52, 1900, n° 2, p. 242).
1900. Japha. *Deutsche med. Woch.*, n° 29, 1500.
1900. Osler et Mac Crae. The Blood in gastric cancer (*New-York med. Journal.*, mai 1900, p. 757).
1900. Slovtzow. *Gaz. de Botkine*, 1900, XI, 2082-2088.
1901. Ascoli. *Clinica med. ital.*, Milano (297-316).
1901. Douglas. Digestion leucocytosis in cancer of the stomach (*British med. Journ.*, 16 mars, p. 633).
1901. Durante. Leucocytose digestive chez les enfants à l'état normal et pathologique (*Pediatria Napoli*, IX, 213).
1901. Selinov. A. E. *Dnevn* XI. *Sjezda russ. jest. vrac* (115).
1901. Slovcov. *Saint-Petersburg. Trd. obsc. vrac* 68 (57-64).
1901. Tichonov. *Bolinica Gazeta Botkina Saint-Petersburg*, 12 (2009-2010).
1901. Ziarko. Contribution à l'étude de la leucocytose digestive (*Medyc. wrs zawa*, 29, p. 418-421),
1902. Glutchikow. *Vratchebn Gaz.* IX, 777.
1902. Hewetson. *Birmingh M. Rev.*, p. 129-173, 201-214.
1902. Mouisset et Tolot. Hématologie du cancer de l'estomac (*Revue de médecine*, p. 844).
1902. Tichonov. *Diss.* Saint-Pétersbourg (62-68).
1902. Verigo. *Vratchebn Gaz.* Saint-Pétersbourg, 1902.
1903. Gay-Bonnet. *Nouveaux procédés de diagnostic du cancer de l'estomac*, Thèse Lyon, n° 107.
1903. Maurel. *Soc. Biol.*, liv. 578, 581.
1904. Bezançon et Labbé. *Traité d'hématologie.*
1905. Nicolas. Leucocytose digestive après splénectomie (*Soc. Biol.*, p. 96-97).

Méthodes de Coloration électives du Tissu conjonctif

par le Docteur F. Curtis

Par suite de grosses erreurs typographiques, nos méthodes de coloration du tissu conjonctif, telles qu'elles ont été publiées dans les comptes-rendus de la Société de Biologie (séance du 24 juin 1905), sont inapplicables et même incompréhensibles. C'est pourquoi nous croyons devoir les publier à nouveau.

I. Méthode du Picro-Ponceau

Fixation des tissus. — Alcool, Formol, Zenker, Sublimé.

Coloration, Noyaux. — Colorer les noyaux, dans une solution diluée d'Hématoxyline de Delafield (Formule du traité de Henneguy). Employer la dilution suivante :

Hématoxyline de Delafield	40 centimètres cubes
Eau distillée	160 »

Laisser les coupes collées sur lame dans ce bain, face en bas, jusqu'à coloration intense des noyaux et commencement de coloration plasmatique.

Laver à l'eau distillée, puis à l'eau ordinaire pour faire bleuir les noyaux.

Le Conjonctif et le fond. — Le conjonctif se colore électivement en rouge à l'aide du *Ponceau S extra*. Ce corps n'existe plus dans le commerce ; il faut le demander à la maison Cogit, à Paris, ou directement à l'*Actiengesellschaft für Anilenfabrikation à Berlin*.

Il faut que ce soit le corps résultant de l'action *du diazo de l'amidoazobenzène disulfoné sur le sel R.*

Faire une solution à 2 0/0 de Ponceau *S* extra dans l'eau distillée. Prendre :

Solution aqueuse à 2 0/0 de Ponceau *S* extra......	0 c. c. 1/2.
Solution d'eau picriquée saturée..................	9 c. c. 1/2.
Solution aqueuse d'acide acétique à 2 0/0	5 gouttes.

Placer la coupe, ayant subi la coloration nucléaire, dans ce mélange, face en bas, laisser quinze à trente secondes, laver à l'eau, alcool à 95°, alcool absolu, Xylol, Baume.

Noyaux noirs bleus, conjonctif rouge, protoplasme jaune ou orangé. Préparations persistantes.

II. Méthode des Picro-Bleus

Fixation, Zenker. Passer les coupes à l'alcool iodé. Avoir soin de bien désioder à l'alcool à 95°. Remettre les coupes dans l'eau.

Noyaux. — Faire la solution suivante :

Carbonate d'AZH³	1 gramme.
Eau distillée	270 centimètres cubes.
Formol à 40 %	30 centimètres cubes.

Prendre de cette solution 8 centimètres cubes et y ajouter 2 centimètres cubes de la solution alcoolique saturée (alcool absolu), de Safranine nucléaire.

On a ainsi une solution de Safranine douée de propriétés colorantes les plus intenses. Comme nous le dirons dans un mémoire ultérieur, cette solution de Safranine est le plus puissant colorant nucléaire connu jusqu'ici.

Mettre les coupes collées, face en bas, vingt-quatre heures dans ce mélange ; après ce temps, laver les coupes à l'eau et à l'alcool à 95° rapidement, pour enlever l'excès du colorant, sans chercher à différencier.

Remettre les coupes dans l'eau.

Tissu conjonctif et fond. — Le tissu conjonctif se colore par le Bleu Diamine 2 B ou le noir Naphtol B. Faire avec ces substances la solution suivante :

Bleu Diamine 2 B ou Noir Naphtol B...	1 gramme.
Glycérine.................................	20 cent. cubes.
Eau distillée.............................	80 cent. cubes.

Prendre de cette solution 1 demi-centimètre cube et mêler avec eau picriquée saturée 9 centimètres cubes et demi, de façon à faire 10 centimètres cubes. Mettre la coupe collée, ayant subi la coloration nucléaire comme ci-dessus, dans le mélange de picro-noir ou de picro-bleu, face en bas. Laisser trois à quatre minutes. Laver à l'eau, alcool à 95°, alcool absolu, Xylol, Baume.

Noyaux rouges, conjonctif bleu noir, protoplasme jaune.

Les membranes basales et l'hyalin se colorent en même temps que la fibrille conjonctive, mais d'une manière moins intense que cette dernière.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Assurances contre les accidents. Simulation de blessures. Escroquerie.

Elle n'est assurément pas banale cette histoire d'un individu qui, atteint d'une hydarthrose chronique du genou, se fait délivrer, par *quinze* médecins différents, des certificats qui lui permettent de toucher quatorze indemnités, s'élevant à la somme totale de 4.800 francs. Malheureusement, tant va la cruche à l'eau... que la cour de Grenoble mit fin à cette pratique ingénieuse de se créer des rentes, par un arrêt du 22 décembre 1904, que les médecins liront avec intérêt.

La cour : — Attendu que le prévenu, ancien agent de la Cie l'Océan, a contracté, du 17 décembre 1900 au 28 février 1903, neuf polices d'assurances contre les accidents avec neuf Compagnies différentes ; qu'il reconnaît avoir sciemment trompé ces Compagnies en leur déclarant faussement qu'il n'était atteint d'aucune infirmité, qu'il n'avait jamais subi d'accident, qu'il n'avait jamais été assuré et n'était pas actuellement assuré à d'autres Compagnies que chacune de celles avec laquelle il traitait au moment de chaque contrat, alors qu'en réalité il s'est parfois trouvé assuré simultanément à quatre Compagnies ;

Attendu que, du 27 février 1902 au 17 avril 1903, il n'a pas déclaré moins de quinze accidents au genou gauche, et que, pour les quatorze premiers, il a réussi à se faire remettre des indemnités s'élevant à la somme totale de 4.800 francs ; qu'à l'appui de toutes ses déclarations, et pour confirmer ses allégations, il a produit des certificats médicaux émanant de quinze médecins différents ; que, dans un grand nombre de cas, il a également produit des déclarations de prétendus témoins de ces accidents, qui, à l'information, ont reconnu avoir simplement constaté les prétendues conséquences de ces accidents auxquels ils n'avaient pas réellement assisté ; qu'enfin, dans trois cas, il a pris soin de faire intervenir sa femme pour les déclarations d'accidents ;

Attendu que, si l'on admet que les accidents ont été simulés, il ne paraît pas douteux que ces agissements, caractérisés par la production de certificats et déclarations émanant de tierces personnes et dont le prévenu connaissait l'inexatitude, constituaient non de simples allégations mensongères, mais bien des manœuvres frauduleuses destinées à obtenir la remise de sommes d'argent ; que la seule question est donc de savoir si Roche, en outre, a fait naître dans tous ces cas la crainte d'un événement chimérique en présentant à l'aide de cette mise en scène, comme provenant d'accidents récents et véritables, ces lésions qui n'étaient que les conséquence aggravées de pratiques volontaires d'une hydarthrose chronique remontant à 1900 ;

Attendu que la multiplicité et la simultanéité des polices d'assurances obtenues à l'aide d'allégations mensongères, la précaution prise par Roche de s'adresser à quinze médecins différents, et notamment à tous les médecins de la ville de Valence, l'identité des lésions qui ont toujours invariablement porté sur le genou gauche, déjà malade, ainsi que Roche le reconnaît, depuis une date antérieure à la première police, démontrent bien que le prévenu, ancien agent d assurances, avait d'abord prémédité, et préparé et ensuite organisé, à l'aide de chocs ou de frottements volontaires, les apparences de prétendus accidents pour lesquels il s'est fait remettre indûment des indemnités ;

Attendu que ces présomptions sont encore confirmées par les constatations de M. le docteur Jean, expert commis par M. le juge d'instruction, qui, après avoir examiné le prévenu et les certificats qui lui ont été délivrés, conclut que plusieurs des médecins ont pu être induits en erreur par Roche et attri-

buer à une chute récente l'hydarthrose du genou gauche dont ce dernier était atteint lors des examens :... »

En conséquence, le prévenu était condamné au point de vue des intérêts civils, à payer, à titre de dommages-intérêts : 240 francs à la Prévoyance ; 1.220 francs à The Ocean ; 400 fr. à la Vinterthur ; 580 francs au Patrimoine ; 480 francs à l'Union et Phénix espagnol ; 520 francs à la Providence et 240 francs à la Préservatrice. J. JACQUEY.

ALCOOLIA

Jusqu'en 1898, chaque soldat hollandais touchait avec sa ration 100 cc. de vin ; mais cette année-là, nous apprend le *Caducée*, le général Van Hentz, gouverneur d'Adjeh, réduisit la ration de moitié et permit à ceux qui le désiraient d'en toucher la valeur représentative en argent. Le même choix fut offert aux officiers. A partir de ce moment, officiers et soldats devinrent abstinents en grand nombre, et ils acquirent un grand pouvoir de résistance aux maladies et à la fatigue ; ils prirent une habitude de la discipline telle que jamais auparavant on n'avait vu pareille chose dans aucune des expéditions aux Indes hollandaises. Le bilan des maladies commença à décroître dès les trois premiers mois.

(*Bulletin général de thérapeutique*).

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Manière originale de protéger l'enfance

Un curieux procédé de stimuler la protection de l'enfance est employé à Huddersfield. M. Benjamin BROADBENT, maire de cette localité (frère du célèbre médecin du roi d'Angleterre), frappé par la grande mortalité infantile, offrit un sovereign (25 fr.) à chaque enfant d'un an. La Municipalité, reconnaissant le bon sens de cette idée, adopta tout un règlement de puériculture, d'où nous extrayons les faits suivants : Un shilling est payé à la personne qui signale la première la naissance d'un enfant à l'Officier de santé. Des dames visiteuses sont chargées de rendre aussitôt visite à la mère pour l'instruire comment il faut nourrir et élever l'enfant. Elles font des enquêtes sur les causes de mort, recherchent les causes de maladies parmi les écoliers, vont inspecter les ateliers où travaillent les femmes. Le médecin inspecteur fait distribuer aux parents des instructions imprimées sur les soins à donner enfants : alimentation, habillement, etc. Une garderie d'enfants est créée et le lait stérilisé ou maternisé y est donné aux mères gratuitement. Ces garderies existent à Paris, mais il manque encore le philanthrope qui veuille faire cadeau de 25 francs à l'enfant à la fin de la première année.

(*Le Progrès médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Distinctions Honorifiques

Sont nommés dans l'ordre du **Mérite agricole** :

Officier : M. le docteur DE ROTHSCHILD, de Paris ; *Chevaliers* : MM. les docteurs COUTREST, LEROUX, PAULY, TRÉMEAU DE ROCHEBRUNE et LAVIEILLE, de Paris ; MAINGUY, de Versailles ; ETIÉVANT et POLLOSSON, de Lyon.

Pour services rendus aux Sociétés de secours mutuels, ont reçu la *Médaille d'or* : MM. BONDON, de Paris ; BOURSOT, de Nuit-St-Georges ; SALLEFRANQUE, de St-Maur ; la *Médaille d'argent* : MM. ISCHWAL, LAMOUREUX, MALLET, de Paris ; BECQUEMBOIS, d'Alençon ; la *Médaille de bronze* : MM. HÉRY, LIÈVRE, RÉCHT, SIMONESCO, SOCQUET, de Paris ; BELLAMY, de St-Brieuc ; DUNEY, de Châtillon (Côte-d'Or) ; GODIN, médecin-major, à Tarbes ; GRILHAUT-DESFONTAINES, à Colombes ; JEHANNO, à la Haie Fouassière ; la *Mention honorable* : MM : BOURRÉE, à Châtillon (Côte-d'Or) ; SCHEYDT, à Cette.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs COCHEZ, d'Alger ; FISCHER, de Strasbourg ; LUZAREY, de Mézin ; RIGAUX, de Milly ; PETIT, de Carcassonne.

BIBLIOGRAPHIE

Les kystes hydatiques du foie, par le docteur F. DÉVÉ, professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Rouen, Médecin des Hôpitaux. Préface du Professeur R. BLANCHARD. Un volume in-18 de 195 pages, broché. F. R. de Rudeval, imprimeur-éditeur, 4, rue Antoine-Dubois, Paris (VI).

On eût pu croire que l'histoire des hystes hydatiques était définitivement établie, au point de vue clinique comme au point de vue zoologique, car peu d'affections parasitaires ont été autant étudiées et depuis aussi longtemps. Cependant des recherches expérimentales toutes récentes sont venues mettre en lumière une série de notions nouvelles, de faits inattendus, dont les applications à la pathologie et les conséquences chirurgicales sont des plus importantes.

Le docteur DÉVÉ, professeur à l'École de médecine de Rouen, s'est, depuis plusieurs années, attaché d'une façon toute particulière à cette étude des kystes hydatiques. Nul n'était plus qualifié que lui pour mettre au point nos connaissances au sujet d'une maladie qui n'est pas rare dans notre pays et qui intéresse tout à la fois les zoologistes, les médecins, les chirurgiens, les vétérinaires et les hygiénistes.

Après avoir précisé, dans un résumé net et simple, l'histoire naturelle du parasite échinococcique, l'auteur envisage successivement les différents points de vue anotomo-pathologique, étiologique et clinique de l'affection ; puis il aborde le côté thérapeutique, chirurgical. Il expose

soigneusement et discute sans parti pris les différentes méthodes opératoires modernes'; sans entrer dans la description détaillée de leur technique, il s'attache surtout à en préciser les indications respectives. L'ouvrage se termine par une étude très claire de l'important problème d'hygiène que constitue la prophylaxie de la maladie hydatique.

Chacun de ces chapitres a été entièrement refondu à l'aide de documents nombreux et récents recueillis dans la littérature française et étrangère, et surtout à l'aide d'observations et de recherches personnelles qui impriment à ce travail un grand cachet d'originalité.

Dans tout son livre le docteur DÉVÉ s'est placé à un point de vue essentiellement *pratique* : il en a complètement écarté les hypothèses et les théories.

Voici, d'ailleurs, en quels termes le professeur R. BLANCHARD apprécie ce livre, à la fin de la préface qu'il lui a écrite :

« Le présent ouvrage résume de la façon la plus claire et la plus méthodique, non seulement les observations capitales du savant professeur de Rouen, mais aussi l'histoire tout entière du *Tænia echinococcus*.... Ce livre est le seul qui expose, suivant le point de vue moderne, ce très important chapitre de pathologie. Il a été rédigé aussi bien pour les étudiants que pour les praticiens; il ne peut manquer d'obtenir un vif succès auprès des uns et des autres. »

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **L'urobiline, sa valeur séméiologique**, par le docteur Louis LEMAIRE, Paris, *Rousset*, 1905.

— **Guerre à la guerre**, par le docteur GRELLETY, Mâcon, *Protat*, 1905.

— **Considération sur l'hystéro-traumatisme**, par le docteur VERSTRÆTE, Bruxelles, *Severeyns*, 1905.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

36e SEMAINE, DU 3 AU 9 SEPTEMBRE 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	3	9
3 mois à un an	8	9
1 an à 2 ans	»	2
2 à 5 ans	»	»
5 à 20 ans	2	2
20 à 60 ans	11	4
60 ans et au-dessus	5	14
Total	29	40

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	7	7
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	1	»	»	»	3	»	»	»	»	»	1	8	14
Wazemmes, 36,782 hab.	1	»	»	»	»	3	1	»	»	»	»	»	1	1	»	8	»	»	»	»	»	2	17	29
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	»	»	3	7	6
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	4	8	11
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	1	3	2
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4	3
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	1	5	12
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	3	8
Total	2	»	1	1	»	7	2	»	1	1	1	3	4	1	3	19	»	»	»	»	»	21	66	99

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 454. Neuvième Année. N° 39 Le Numéro : 10 centimes 24 Septembre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les Dacryocystites par fracture du canal oculo-nasal

Par le docteur **Thooris**, médecin-major

CHAPITRE I

PRÉLIMINAIRES

Si ce travail ne pouvait se justifier que par la rareté, ou, au contraire, par la fréquence des cas auxquels il se rapporte, son opportunité serait des plus discutables, car il n'est pas d'affection au sujet de laquelle la divergence des opinions divise davantage les auteurs.

Ayant interrogé deux ophtalmologistes éminents, l'un professeur et l'autre fils de professeur, le premier nous a répondu que la dacryocystite par fracture du canal nasal était rarissime, et l'autre, qu'elle était commune.

La littérature médicale suggère une incertitude analogue.

« Je n'ai jamais entendu parler jusqu'ici que de la fracture limitée aux os propres du nez, » dit MALGAIGNE (1), « on comprend que la violence du choc ne s'arrête pas toujours là. Assez souvent, une portion de l'apophyse montante de l'os maxillaire se trouvera comprise dans la fracture, sans ajouter à sa gravité. »

La fracture de l'apophyse montante est une hypothèse possible pour MALGAIGNE, et son pronostic ne comporte pas la complication de l'hydropisie lacrymale.

Bien mieux, dans les traités fort bien faits, tels que celui de FURNARI (2), la sténochorie par fracture n'est même pas mentionnée.

Dans le traité des maladies des yeux de A. SCARPA (3), une note du traducteur relève un très petit nombre d'observations d'oblitération complète du canal nasal, et la fracture du canal n'est même pas citée dans l'énumération des causes de l'obstruction.

Par contre DEVAL (4), dans sa chirurgie oculaire, dit : « Il faut ajouter aux causes déjà mentionnées de sténochorie et d'atrésie du canal nasal la déformation

(1) MALGAIGNE, en 11 ans, n'a compté que 12 entrées, pour fracture des os du nez, à l'Hôtel-Dieu.

(2) 1841.

(3) 1821.

(4) 1844.

des parois du tuyau osseux et leur rapprochement réciproque par un écrasement des os. »

Ici, la fracture du canal nasal entre définitivement dans le tableau étiologique de la dacryocystite, non plus à titre de supposition, mais comme une réalité pathologique.

Dans son traité philosophique, ROGNETTA insiste sur « l'écrasement traumatique de la paroi solide du syphon. »

Dans son traité des maladies des yeux, MACKENZIE déclare (1) : « Le canal osseux, que parcourt le conduit membraneux, est quelquefois fracassé et ses parois refoulées en dedans, à la suite de coups violents portés sur la face. J'ai vu un accident de cette nature produit par un coup de pied de cheval reçu sur le côté du nez. Il en résulta un obstacle absolu à la sortie des larmes qui se rassemblèrent dans les canaux et dans le sac. »

MACKENZIE étaye le fait pathogénique d'une observation.

L'opinion d'ABADIE, quoique fort vague, exprime le mieux la question de frèquence (2). « En dehors de ces causes, il en existe de beaucoup moins importantes et qu'il suffit de signaler : les traumatismes de la région nasale, les fractures des os propres du nez.

D'autres auteurs enfin, entre autres BENJAMIN BELL cité par HAMILTON, sont d'avis que la fistule lacrymale fait partie des complications fréquentes des fractures de la branche montante du maxillaire supérieur intéressant le canal oculo-nasal.

Nos recherches personnelles ne nous ont permis que de collationner vingt-deux observations. On nous a dit que cette pénurie provenait de ce que les observateurs omettaient la publication de leurs cas. Nous croyons en effet que les dacryocystites par traumatisme sont beaucoup plus fréquentes qu'on a coutume de le dire dans les ouvrages.

Mais nous éliminons précisément la plus grande partie des traumatismes n'intéressant la plupart du temps que les parties molles de l'appareil lacrymal, pour ne retenir que les traumatismes de la région solide.

Au point de vue militaire, les statistiques ne mentionnent pas la rubrique très spéciale : « dacryocystites par fracture. »

Depuis l'année 1896, en l'espace de sept années, on compte 116 radiations pour affection des voies lacrymales.

(1) 1856, p. 379.
(2) 1876, p. 39.

Parmi celles-ci, en est il une seule d'origine traumatique? Comme l'établit l'étude du mécanisme de la fracture du canal nasal, celle-ci est presque toujours une complication de la fracture des os du nez. Or, en sept ans, la statistique annuelle relève 57 cas de fracture des os du nez par coup de pied de cheval et 19 par chute, soit 76 fractures.

Parmi celles-ci, combien ont intéressé l'apophyse montante ?

Même avec le secours des statistiques, la question ne se trouve pas davantage éclaircie.

Nous adoptons au début de cette étude, à titre provisoire, l'opinion de Jean-Louis PETIT. Après avoir montré comment les différentes parties de l'appareil lacrymal font une même continuité du canal qui, par sa figure et son usage, mérite le nom de syphon lacrymal, il dit :

« Cette maladie, qu'on appelle fistule lacrymale (1), doit être nommée rétention des larmes, et l'on ne peut lui refuser ce nom, si l'on fait attention au rapport qu'elle a avec la rétention d'urine.

En effet, les points lacrymaux déposent des larmes dans le sac lacrymal, comme les uretères déposent l'urine dans la vessiè. Le canal nasal conduit les larmes dans le nez, comme l'uretère conduit les urines au dehors. L'obstruction de celui-ci est cause de la rétention des urines dans la vessie, et l'obstruction du canal nasal, qui empêche les larmes de couler dans le nez, les retient dans le sac lacrymal » (Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent, M. J.-L. PETIT, MDCCLXXIV, t. I, p. 296.)

Nous nous servons provisoirement de cette formule étiologique très simple, mais dont le degré d'exactitude sera montré dans la suite ne pas être en rapport avec le degré de simplicité : L'imperméabilité du canal par sa fracture est la cause de la dacryocystite et alors, du moment que l'origine mécanique de l'hydropisie lacrymale est admise, le problème étiologique se résout en un problème mécanique, le mécanisme de l'obstruction par la fracture.

D'autre part, l'étude des fractures du canal nasal

(1) On lit dans le traité philosophique et clinique d'ophtalmologie de M. F. ROGNETTA, 1844, que, pour J. L. PETIT, l'assimilation de l'appareil urinaire était poussée très loin. La glande répondait au rein, les conduits aux uretères, le sac à la vessie, le canal à l'urètre, la caroncule à la prostate, le muscle de HORNER et TRASMONDI à l'accélérateur de l'urine.

exige un court aperçu préalable de la région anatomique qui en est le théâtre.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Le canal nasal est presque vertical. C'est un cylindre creux osseux, dont l'extrémité inférieure s'ouvre dans le méat moyen et dont l'extrémité supérieure, taillée en bec de flûte, s'ouvre sur le bord interne de l'orbite. A partir d'un plan horizontal passant par le bord supérieur du crochet de l'os lacrymal, le cylindre ne possède plus que sa paroi interne excavée, olivaire et qu'on appelle gouttière lacrymale. Cette gouttière est formée d'avant en arrière par le bord supéro-externe de l'apophyse montante, dont la surface excavée regarde en arrière et par la facette de l'unguis en avant de sa crête concave et regardant en avant et en dehors.

La gouttière a pour limite supérieure une ligne horizontale passant par le point de rencontre de l'unguis, de l'apophyse montante et du frontal ; pour limite inférieure, le bord supérieur du crochet de l'unguis ; de sorte que les bords de la gouttière ont sensiblement la forme d'un triangle ayant l'apophyse de l'unguis pour base, la rencontre des sutures de l'apophyse montante et du frontal pour sommet et dont les côtés seraient des courbes de grand rayon, opposées par leur concavité.

Le bord antérieur de la gouttière, tranchant dans sa moitié inférieure, mousse dans sa moitié supérieure, se confond avec le bord de l'orbite.

C'est la section oblique en bec de flûte qui constitue, à proprement parler, l'entrée supérieure du canal ; toutefois les anatomistes entendent par entrée supérieure la section déterminée par un plan horizontal passant par le bord supérieur du crochet de l'unguis. Cette section est semilunaire.

La base est formée par le crochet lacrymal ; le bord concave formant le secteur avec les extrémités antérieure et postérieure du crochet est formé, en arrière par la partie antérieure de l'unguis, en avant par la gouttière que forme le bord postérieur de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

La partie supérieure du canal, la gouttière, répond aux cellules ethmoïdales ; la partie inférieure, au méat moyen. La paroi de l'unguis est ici très mince et c'est ainsi qu'il arrive de cathétériser dans les fosses nasales (1).

(1) Anatomie de POIRIER, p. 317.

A la section qui forme l'entrée du canal répond la valvule de BRIAND ou de KRAUSE (1), à l'union du sac avec le canal et qui contribue à la formation d'un détroit (2) normal où l'inflammation chronique de la muqueuse amène très souvent l'obstruction du conduit.

L'orifice inférieur du canal n'a pas une forme constante (3) ; il est circulaire, quand il occupe le sommet du méat inférieur ; habituellement il s'ouvre sur la paroi interne des fosses nasales, à une hauteur qui varie et présente la forme d'un sillon vertical ou oblique, prolongé ou non par une dépression en forme de gouttière dirigée en arrière. Dans la grande majorité des cas, l'obturation est assurée par le repli de la muqueuse désignée sous le nom de valvule de CRUVEILHIER ou de HASNER.

Mais, fait important à noter (4), si la hauteur de l'orifice est variable, l'ouverture se fait presque toujours sur une verticale située à un centimètre en arrière de l'extrémité antérieure du premier méat.

Le canal nasal qui succède à la gouttière lacrymale est formé, dans ses trois quarts externes, par la partie creusée sur la face nasale du maxillaire et, dans son quart interne, par l'unguis.

L'apophyse unguéale du cornet inférieur achève sa partie inférieure (5).

Les apophyses montantes sont à peu près parallèles (6) au plan sagittal moyen. Toutefois il faut noter que ces deux apophyses convergent en haut vers le frontal.

Les plans des apophyses étant parallèles à fort peu près, le fait qu'elles convergent cependant vers le frontal, conduit à dire que le pignon supéro-postérieur du toit nasal est plus petit que le pignon inféro-antérieur.

Ce court tableau anatomique montre la solidarité des os propres du nez et du maxillaire.

Les deux canaux nasaux sont protégés par une sorte

(1) LAGRANGE et VALUDE. Encyclopédie française d'ophtalmologie, p 318.

(2) MACKENSIE p. 421. Bien que le canal nasal n'ait pas plus de deux tiers de pouce de longueur, il y a cependant trois points différents de son parcours plus particulièrement sujets à se rétrécir. L'un est situé à la terminaison du sac juste où le canal commence. Le calibre du canal lui-même est souvent rétréci.

(3) LAGRANGE et VALUDE. Encyclopédie française d'ophtalmologie.

(4) ZUCKERKANDL, cité par SIEUR et JACOB.

(5) *Traité des maladies oculaires* P.-J. VALLEZ, 1853. Le canal a 4 à 5 lignes de longueur ; il est situé dans la gouttière osseuse produite par l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur, l'os unguis et une portion du cornet inférieur.

(6) POIRIER, p. 402.

de toit (1) à crête dirigée d'arrière en avant et de haut en bas. Les deux faces du toit sont fermées en avant par les os propres du nez, en arrière par les apophyses montantes du maxillaire.

Ce toit adhère solidement et sur une épaisseur relativement considérable au frontal. La crête oblique du toit est étayée en arrière et en bas par une muraille verticale mince qu'on appelle la lame perpendiculaire et qui a pour assise la base criblée de l'ethmoïde.

Les os propres du nez constituent et dirigent en quelque sorte la saillie que fait le nez extérieur sur la face (2).

L'anatomie de la région lacrymo-nasale n'est pas complète sans une courte description de la région d'où viennent les larmes.

Les larmes proviennent de deux sources : de la glande lacrymale palpébrale et de la glande accessoire de Rosenmüller (3).

Les conduits ont leur orifices : les plus inférieurs au niveau du diamètre transversal du globe de l'œil ; les plus élevées, à quatre ou cinq millimètres ; les moins, à trois millimètres les uns des autres, sur une ligne courbe à concavité inférieure. Tous ces conduits sont rectilignes, d'une égale longueur, sans communication les uns avec les autres.

L'ablation de la glande accessoire de Rosenmüller abordable par la conjonctive peut entraîner la destruction des conduits de la glande orbitaire.

Enfin, nous insistons sur les rapports de la cavité orbitaire avec l'antre d'Highmore et sur ceux de l'unguis avec le méat moyen.

Ceux-ci intéressent tout particulièrement le chirurgien.

L'unguis (4) sépare seul la gouttière de l'unciforme du sac lacrymal. Le rapport entre ces deux organes si intime explique les lésions fréquentes observées du côté de l'appendice lacrymal, dans les affections de cette deuxième partie du méat.

La gouttière de l'unciforme, dont la paroi externe est formée par l'unguis, est en rapport avec le sac lacrymal et l'effondrement de cette paroi fait communiquer le sac lacrymal avec la fosse nasale.

Quant aux relations anatomiques entre l'appareil lacrymal et le sinus maxillaire, elles consistent essentiellement dans la cloison osseuse qui sépare la partie inféro-interne de l'œil de l'antre d'Highmore. Cette cloison, c'est la partie du plancher orbitaire limitrophe du crochet de l'unguis. Chez le cheval d'ailleurs, appareil lacrymal, sinus maxillaire et méat moyen sont les éléments d'une même continuité qui constitue le canal lacrymo-nasal (1)

L'anatomie topographique de la région lacrymo-nasale comporte deux dispositions prépondérantes quant aux interventions.

La direction du canal est celle d'une ligne qui, partant du milieu de la commissure interne des paupières, viendrait aboutir à la partie antérieure de la première molaire supérieure.

Les plans de la région sont, d'avant en arrière : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le tendon direct de l'orbiculaire, le sac lacrymal, le tendon réfléchi de l'orbiculaire, le muscle de Horner et le « septum orbitale. »

CHAPITRE III

MÉCANISME DES FRACTURES DU CANAL NASAL AMENANT SON OBSTRUCTION

Les fractures de l'apophyse montante sont seules en jeu, en ce qui concerne la fracture nasale amenant son obstruction.

Le crochet de l'unguis se fracturant et fermant le canal comme un opercule est une hypothèse qu'aucune observation, à notre connaissance, n'a réalisée, et en effet le bord antérieur de la gouttière défend cet os des chocs du dehors.

D'autre part, il est évident que la solidarité des apophyses et des unguis ne permet pas d'éliminer la fracture secondaire des unguis dans l'étiologie de l'obstruction « Le canal nasal », dit Castex, « est souvent rétréci, quand l'unguis ou la branche montante ont été fracturés en même temps que les os du nez ; il en résulte une tumeur lacrymale et un larmoiement très rebelles. »

Il n'est pas d'exemple, dans la littérature médicale, de fractures isolées des apophyses montantes ou des unguis et celles-ci apparaissent toujours comme une complication de la fracture des os du nez, de sorte

(1) *Traité des maladies des os* de feu M. Petit. Ed. par M. Louis, inspecteur des hôpitaux militaires du royaume, MDCCLXXN, p. 54 :
« La partie supérieure du nez est formée de petits os qui se joignent ensemble pour former une espèce de voûte très propre à résister aux coups extérieurs et qui résistent d'autant mieux qu'ils sont soutenus par la lame osseuse de l'ethmoide. »

(2) Sieur et Jacob, 1901. — Les fosses nasales et leur sinus.

(3) *Encyclopédie française d'ophtalmologie.*— Lagrange et Valude, p. 304.

(4) Sieur et Jacob, 1901. Les fosses nasales et leurs sinus.

(1) Chauveau, 1890. Anatomie des animaux domestiques, p. 78.

qu'on peut dire qu'il n'y a pas de dacryocystite par fracture, sans que le toit nasal soit intéressé.

La cause, dit J. L. PETIT, est presque toujours un coup violent porté de face ou de côté sur la région fronto-nasale. Quant à la fracture de la lame perpendiculaire, ajoute cet observateur, elle est atteinte chaque fois que le coup sera porté perpendiculairement, sinon il y aura commotion cérébrale.

Les fractures du nez (1), dit BOYER, ne peuvent jamais avoir lieu que par une cause directe qui agit immédiatement sur le lieu de la fracture et qui altère toujours plus ou moins les parties molles ; aussi les fractures des os du nez sont constamment produites par un coup ou par une chute (2).

En s'étendant aux apophyses des os maxillaires, la fracture peut comprendre la gouttière lacrymale ou le canal nasal et nuirait par là d'une manière plus ou moins grande à l'issue des larmes, soit immédiatement, soit dans la suite.

Les fractures du nez, en elle-mêmes, n'ont rien de fâcheux que la difformité qu'elles peuvent causer, quand elles sont avec déplacement et quand la réduction n'a pu être correcte, mais elles peuvent donner lieu à une fistule lacrymale incurable (3).

« Quand les os du nez », dit HAMILTON (4), subissent un choc violent, où la force vulnérante agit d'avant eu arrière et de haut en bas, il se produit d'ordinaire une fracture transversale, à une distance d'un demi-centimètre à un centimètre de leur bord inférieur ou libre et les fragments se déplacent simplement en arrière ; ou, si la chose porte simplement sur un côté, le déplacement est plus ou moins latéral. C'est ce qui arrive dans un grand nombre de cas, ainsi que je m'en suis rendu compte par l'examen de nez qui avaient subi un semblable traumatisme et par des expériences répétées sur des cadavres frais.

Une violence plus considérable (5) que celle que j'ai supposée en premier lieu, fracturera ordinairement les os du nez en travers et un peu au dessus et au dessous de leur partie moyenne, ainsi que les apophyses montantes du maxillaire supérieur et la

(1) BOYER, 1843-1853.

(2) Voyez Statistique annuelle de l'armée.

Les fractures du nez sont aux fractures du canal nasal ce que le genre est à l'espèce. Toutefois, on peut imaginer une indépendance possible entre les fractures du nez et de la branche, dans les blessures par projectile.

(3) BOYER.

(4) HAMILTON. Traité des fractures et luxations, 1884, p. 94.

(5) HAMILTON. Traité des fractures et luxations, 1884, p. 94.

cloison du nez ; la lame criblée de l'ethmoïde a toujours été trouvée saine (1). »

Pour fracturer les os du nez à leur tiers supérieur, il faut un degré de force considérable, tout autant que pour fracturer le frontal. Nos considérations anatomiques justifient cette expérience.

C'est surtout, dit GALEZOWSKI (2), à la suite des plaies par arme à feu qu'on rencontre des altérations plus ou moins graves du canal nasal, altérations suivies, au bout de peu de temps, de tumeur lacrymale.

Même dans les grandes ruptures des os de la face, la branche montante du maxillaire avec une partie des unguis et parfois des os du nez forme un troisième fragment (3). Il est vrai que le symptôme lacrymal, dans ces cas, est méconnu au milieu d'autres signes attirant davantage l'attention.

Si l'on jette un coup d'œil sur le squelette de la tête, on voit que la fracture des apophyses montantes, complication de la fracture des os du nez, est possible sans complication lacrymale. Le trait de fracture peut-être au dessus d'un plan passant par l'extrémité supérieure de la suture de l'unguis et de l'apophyse.

Le trait de fracture peut même intéresser apophyse et unguis sans amener de complication dans l'appareil lacrymal, s'il n'y a pas de déplacement et surtout si le trait intéresse la portion de l'apophyse correspondant à la partie supérieure mousse de son bord externe.

Au contraire, quand le trait passe sur le bord tranchant, il est presque impossible que le sac ou le canal membraneux ne soient pas atteints et c'est précisément la section du canal osseux tapissé de son canal membraneux qui est le point le plus vulnérable et le lieu d'élection de l'obstruction par fracture.

En effet, ce point du canal osseux se trouve à peu près sur le même plan horizontal que l'extrémité autéro-inférieure des os propres du nez et limite, pour ainsi dire, en bas, la zone d'action dans la profondeur des coups portés sur le toit nasal.

En général, les coups portés sur le toit nasal produisent des fractures obliques d'avant en arrière et de bas en haut, de sorte que le fragment d'apophyse montante, si celle-ci est atteinte, est beaucoup plus petit que les fragments des os du nez.

Jean-Louis PETIT cite l'exemple d'une fracture

(1) Opinion sensiblement différente de celle de J.-L. PETIT, déjà citée.

(2) Journal d'ophtalmologie, 1872, p. 182, blessure du canal nasal.

(3) LEFORT. Revue de chirurgie, XIIIe congrès, section de chirurgie générale, p. 275.

ayant séparé presque transversalement les deux cinquièmes des os du nez en même temps qu'une très petite portion de l'apophyse montante du maxillaire droit. Le fragment de l'os nasal gauche n'a pas abandonné son apophyse montante dont la suture s'est prêtée à ce mouvement.

Il semble donc que la fracture du canal nasal exige une obliquité du trait de fracture inverse de celle qui se présente le plus souvent et qui correspondrait à un coup porté également d'avant en arrière, mais plutôt de haut en bas (1).

On voit d'après ces considérations que, même dans les cas de fractures du nez, compliquées de celles des apophyses montantes, la fracture du canal nasal, dans sa partie supérieure, appelée gouttière, est rare et, dans sa partie inférieure, exceptionnelle.

Enfin, la fracture de l'apophyse et même de l'unguis, au niveau du canal, peut parfaitement en respecter le calibre et ne pas en amener l'obstruction ; il semble qu'il faille encore déplacement, rapprochement des parois par écrasement, exostoses (2) ou esquilles adhérentes, pour amener l'obstruction mécanique, origine de l'hydropisie lacrymale et même de la fistule qui peut s'en suivre ; de sorte que même la fracture de l'apophyse et de l'unguis, au niveau du lieu d'élection des oblitérations osseuses, peut ne pas entraîner l'obstruction solide du canal osseux.

CHAPITRE IV

RAPPORTS ÉTIOLOGIQUES ENTRE LA FRACTURE DU CANAL ET LA DACRYOCYSTITE

L'étude de ces rapports est très simplifiée par ce qui a déjà été dit au sujet des fractures de l'apophyse montante qui pouvaient respecter le canal ou même, ne le respectant pas, ne pas entraîner cependant son obstruction.

S'il y a obstruction et que cette obstruction soit osseuse, elle peut être produite par un déplacement du fragment supérieur sur le fragment inférieur, comme cela semble avoir été le cas dans l'observation XXII, ou encore par des esquilles restées adhérentes, mais obstruant la lumière du conduit. Enfin l'inflammation osseuse, consécutive du travail de réparation des tissus osseux, peut aboutir à de formidables exostoses, barrière infranchissable au passage des larmes dans la fosse nasale.

Cependant la proposition très simple adoptée au début de notre IIe Chapitre ne résiste pas à un examen plus approfondi des relations de cause à effet entre la dacryocystite et l'obstruction mécanique du canal nasal.

Il peut y avoir oblitération absolue du canal nasal sans dacryocystite.

La tumeur n'est pas liée à une cause purement mécanique, même dans le cas d'obturation complète. Il suffit de se rapporter à l'observation XVI. Il est évident que chez la jeune fille dont il s'agit, les canaux nasaux ont perdu toute perméabilité et cependant on ne constate ici ni larmoiement, ni sécrétion morbide des sacs lacrymaux.

En oblitérant le canal nasal (1) dit VELPEAU, soit par les narines, soit dans le milieu, soit à la partie inférieure du sac lacrymal, à l'aide de moyens purement mécaniques, on produit bien un épiphora, on force facilement les larmes à refluer claires et limpides du côté de l'œil, mais on ne détermine que très rarement une tumeur dans le grand angle de l'œil.

L'observation d'HAMILTON (XVII) ne mentionne aucune complication lacrymale chez le blessé, même un an plus tard, bien que le canal nasal droit ait été complètement oblitéré.

L'auteur d'ailleurs n'eût pas laissé cette absence de fistule lacrymale inaperçue et l'aurait mentionnée sûrement, si elle s'était produite.

Il fait en effet, à la page qui suit, la réflexion suivante : « Benjamin BELL, entre autres, a parlé d'ulcérations rebelles, de polypes, de nécroses, de fistules lacrymales, d'abcès, de gêne de la respiration, d'embarras de la parole comme de complications fréquentes après ces fractures, et il est certain que ces accidents ont été quelquefois observés, mais il faut les regarder, en général, comme des complications résultant de l'état général du sujet et n'ayant aucun rapport avec la fracture, sauf en ce que le trauma-

(1) Nous avons réussi une seule fois à produire cette fracture oblique de haut en bas avec une masse frappant violemment les os du nez par l'intermédiaire d'un ciseau à froid posé de champ.

(2) BOYER : On comprend pourquoi les exostoses de la branche montante du maxillaire peuvent amener l'obstruction du canal, qu'elles soient spontanées ou dues à la consolidation d'une fracture. MACKENZIE. Traité des maladies des yeux, 1856, p. 192 :
Outre la présence des corps étrangers dans la narine, et la pression occasionnée par les polypes du nez, il est une cause d'obstruction au canal nasal de nature formidable que je dois mentionner avant de quitter ce sujet. C'est l'exostose du conduit osseux dans lequel descend le canal. J'ai trouvé sur des crânes, dit M. TRAVERS, le canal nasal complètement oblitéré à son orifice supérieur par l'inflammation ossifique.

(1) JANSELME, 1840. Manuel pratique des maladies des yeux, d'après VELPEAU.

tisme a pu réveiller certaines prédispositions constitutionnelles. »

Ainsi, non seulement, l'obstruction absolue du canal peut n'être pas suivie de tumeur, cette tumeur serait non pas liée à l'obturation comme l'effet à sa cause, mais l'obturation ne serait qu'une cause seconde, une condition occasionnelle, comme dans l'exemple de tel poulet rebelle au charbon et le contractant, si on lui plonge les pieds dans l'eau froide, le froid n'est pas la cause de sa maladie, mais ce qui est en lui, qui le rend susceptible de devenir charbonneux.

Dans l'espèce qui nous occupe, ce n'est pas la fracture qui est la cause de la tumeur, mais une certaine diathèse du malade sur laquelle il importe d'insister.

Deval (1) compare la flaccidité du sac à l'état des parois abdominales qui restent flasques et ridées après l'évacuation de la sérosité d'une ascite ou après des évacuations répétées.

Une cause de la récidive de la tumeur, remarque Boyer (2) est l'atonie du sac. Cette atonie du sac est la cause et non l'effet de la maladie.

Il y aurait, chez certains sujets, une prédisposition à la tumeur lacrymale dans telles conditions de réalisation, analogue à celles qui font que tels individus feront plus facilement que d'autres de la hernie, de la varice ou de la ptose abdominale.

L'hydropisie lacrymale, la ptose, la varice ou la hernie appartiennent à une même famille d'accidents pathologiques liés à un état de moindre résistance de telle catégorie histologique.

Cette moindre résistance suppose une action antagoniste, devant laquelle elle cède.

« Ce qu'il y a de particulier, » observe J.-L. Petit. « c'est que la force avec laquelle les paupières poussent les larmes et qui paraît peu de chose, est cependant capable de dilater le sac lacrymal et de forcer son ressort jusqu'à le rompre.

On serait étonné de ce fait, si l'on ne savait que les fluides qui sont poussés par une petite ouverture dans un lieu spacieux, comme dans une vessie, agissent sur chaque partie de cette vessie égale à l'ouverture, avec la même force qui pousse le fluide dans cette ouverture, de sorte que, quand le fluide entre, à un degré de force, et que la surface de la vessie ait mille parties égales à l'ouverture, la vessie sera dilatée par mille degrés de force, bien que la liqueur ne soit poussée que par un degré.

Ainsi la force avec laquelle les larmes sont poussées dans les points lacrymaux sera à celle par laquelle le sac est dilaté, comme la dimension des points l'est à la capacité du sac. »

L'argument est tout entier à retenir, avec cette réserve que nous avons donné aujourd'hui à cette force qui s'exerce aux points lacrymaux le nom de capillarité et à la force qui fait descendre les larmes le nom de pesanteur.

La moindre résistance a donc comme force antagoniste une double action, fonction elle-même de deux forces secondaires : la capillarité, dont le retentissement dans le sac est commentée par Petit, et la pesanteur dont l'effet augmente avec l'oblitération du conduit (1).

D'après Lagrange (2) c'est l'élasticité du sac qui intervient dans la physiologie lacrymale et non la contraction musculaire. La moindre résistance est un défaut d'élasticité.

L'obstruction d'ailleurs, que cette obstruction soit produite par une affection du canal osseux ou des parties molles, considérée comme cause prépondérante des tumeurs lacrymales par J.-L. Petit, a été depuis 1813 reléguée au deuxième plan.

Samuel Cooper 1826, Bégin 1832, Mackenzie, proclamèrent la théorie phlogistique, dont Dupuytren en 1833 se montra le chaud défenseur.

En 1838 Velpeau disait, dans le Dictionnaire de Médecine :

« Une oblitération mécanique produit bien un épiphora, mais très rarement une tumeur. »

Même la circonstance toute spéciale de l'imperméabilité absolue du canal n'a pas encore renversé la théorie de l'inflammation soutenue par Denonvillers, Gosselin, Sédillot, Vidal de Cassis (1851), Biraud (1853), Reybaud de Lyon (1863).

Les auteurs contemporains ne diffèrent que sur la cause de la phlegmasie.

Cependant la théorie de la phlegmasie et celle d'une sorte de diathèse fibreuse prédisposant le blessé à la complication dacryocystique semblent appartenir à deux doctrines différentes et difficilement conciliables.

Cette conciliation a été, selon nous, heureusement tentée et résolue par de Wecker et Landolt (3). Selon

(1) Deval, 1862, Traité des maladies des yeux

(2) Cité par Deval, 1844. Traité des maladies des yeux, p. 63.

(1) Se rapporter à la théorie des pressions latérales de l'hydraulique.

(2) Lagrange et Valude. 1903. Encycl. franc. d'ophtalmologie.

(3) Traité d'ophtalmologie, t. IV.

ces auteurs, le phénomène dacryocystique comporte :

1° La dilation du sac ;

2° L'influence irritante des larmes sur la muqueuse du sac lacrymal ;

3° L'accroissement de la paroi en épaisseur;

4° L'augmentation morbide de la secrétion.

Dès lors, il faut ajouter à l'étiologie de la tumeur lacrymale l'irritabilité plus ou moins grande de sa muqueuse, réagissant aux larmes ou, au contraire, l'irritabilité étant normale le pouvoir irritant plus considérable du liquide des larmes.

Quant à l'évolution purulente de la tumeur, elle entre dans les cas d'infection ultérieure des cavités closes, et devient non plus un problème de mécanique biologique, mais de pathologie bactérienne.

Nous ne pouvons pas nous engager dans tout un chapitre de la pathologie microbienne concernant l'influence de telle espèce de la flore du sac sur son mode de réaction, déterminant ainsi peut-être des cystopathies spécifiques. *(A suivre).*

A propos de deux cas d'ostéo-sarcome

Par le docteur Maurice **Leroy**, ancien interne des Hôpitaux.

(Observations recueillies dans le service de M. le Professeur **Dubar**).

Nous avons observé récemment, à la Clinique Chirurgicale de la Charité, un malade chez lequel M. le professeur Dubar pratiqua une amputation interscapulo-thoracique pour un ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus et qui mourut de généralisation pulmonaire environ deux mois après cette intervention.

Par contre, nous venons de revoir un autre opéré de M. Dubar, qui subit il y a trois ans et demi une désarticulation de la hanche pour un ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur et que nous considérerions aujourd'hui comme parfaitement guéri, n'était une tuméfaction volumineuse qu'il porte à la partie supérieure du dos.

Ces deux cas, où une thérapeutique pour ainsi dire identique donna des résultats si différents, méritent d'être rapportés en détail et discutés avec quelque soin.

Voici d'abord l'observation du premier malade qui nous a été communiquée par M. Leclercq, interne du service.

Le 6 janvier 1905, entrait à l'hôpital de la Charité un homme de 38 ans, nerveux et énergique, demandant à tout prix qu'on voulût bien le soulager de douleurs violentes qu'il endurait au niveau de l'épaule gauche.

Sans antécédents héréditaires dignes d'être notés, appartenant à une nombreuse famille (9 frères et sœurs tous en bonne santé), il n'avait jamais été malade jusqu'au mois d'août 1904. A cette époque il ressentit vers l'extrémité supérieure du bras gauche quelques picotements auxquels il n'attacha pas d'importance. Puis la région devint douloureuse et le malade vit un médecin qui songea à des douleurs rhumatismales et le traita par des calmants, des révulsifs et du salicylate de soude à l'intérieur. Vers la fin de novembre, à la suite d'une application de pointes de feu, l'épaule subit un accroissement considérable de volume. Les pointes de feu furent répétées sans succès et après avoir pratiqué une ponction exploratrice qui donna issue à du sang, le médecin conseilla l'entrée à l'hôpital de la Charité.

On constata alors que le sujet présentait au niveau de l'épaule gauche une tuméfaction en gigot, du volume d'une tête de fœtus à terme, étendue en avant et en dehors jusqu'au bord supérieur du muscle pectoral et en arrière presque jusqu'au bord axillaire de l'omoplate. A son niveau la peau, lisse et luisante, fortement tendue dans toute la région deltoïdienne, présente une coloration particulière due à l'action des pointes de feu et des vésicatoires dont elle porte les traces. Il n'y a pas de développement veineux souscutané appréciable.

De fortes saillies ou prolongements soulèvent en avant le grand pectoral, en arrière l'omoplate qu'ils immobilisent, et surplombent la partie externe de l'acromion et la clavicule.

La palpation permet de reconnaître que la tuméfaction présente en général une tension très marquée sauf à sa partie antéro-interne où il existe quelques points mous, rénitents et très douloureux. Il n'y a pas de crépitation osseuse ou parcheminée.

On ne perçoit pas de souffle vasculaire à l'auscultation.

Il n'y a d'engorgement ganglionnaire ni dans le creux axillaire, ni dans le creux sus-claviculaire.

L'humérus au-dessous de la tumeur a son volume normal, sans épaississement périostique.

Le bras, l'avant-bras et la face dorsale de la main présentent un œdème marqué qui n'existerait que depuis quelques jours. Le bras immobilisé dans l'adduction est absolument impotent ; mais on peut lui imprimer des mouvements qui montrent que l'articulation de l'épaule est intacte. L'examen minutieux des divers organes, plus particulièrement des poumons, ne révèle aucune particularité intéressante. L'état général est peu satisfaisant. La violence des douleurs empêche le sommeil et l'alimentation Le malade est très amaigri.

En raison du résultat de la ponction pratiquée antérieurement, du siège, de la forme, du volume, de la consistance et de la rapidité d'évolution de la tuméfaction, M. Dubar porta le diagnostic d'ostéo-sarcome de l'éxtrémité supérieure de l'humérus. Bien qu'à l'auscultation on n'eût rien trouvé d'anormal du côté des poumons, M. Dubar insista dès ce moment sur la possibilité d'une généralisation pleurale ou pulmonaire

qu'aucun signe ne révélait mais que la marche rapide de l'affection et l'existence de points mous au voisinage de la face interne de l'aisselle devaient faire redouter, aussi ne se décida-t-il à opérer que sur les supplications du malade qui souffrait atrocement.

Le 13 janvier 1905, il pratiqua une amputation interscapulo-thoracique par le procédé de BERGER.

L'examen macroscopique de la pièce montra qu'on avait affaire à un sarcome central dont l'évolution avait déterminé une fracture spontanée au niveau du col chirurgical de l'humérus. Cette pièce fut présentée à la Société de Médecine du Nord, par M. DRUCBERT, chef de clinique, qui la décrivit ainsi : « La tumeur présente » l'aspect d'une masse extrêmement friable parsemée » de grandes lacunes sanguines qui lui donnent une » teinte rouge très foncée. La tête de l'humérus est » presque complètement détruite : il ne subsiste » qu'une coque osseuse au niveau de l'articulation » scapulo-humérale : le col chirurgical et une partie » de la diaphyse ont été détruits complètement par » l'envahissement néoplasique. »

Il résulte de l'examen histologique pratiqué par M. le professeur CURTIS qu'il s'agissait d'un sarcome à myéloplaxes.

Les suites de l'opération furent très simples : il y eut seulement un peu de suppuration rapidement tarie au niveau de la clavicule sectionnée.

Les douleurs disparurent complètement. Malheureusement trois ou quatre jours après l'intervention, l'opéré eut quelques petits crachements de sang qui vinrent justifier les craintes de M. DUBAR. Cependant ces accidents ne durèrent pas et jusqu'au 28 février le malade parut retirer un bénéfice marqué de l'opération il ne souffrait plus et reprenait même de l'embonpoint. A ce moment il se mit à tousser et de nouveau à cracher du sang. L'auscultation montra que la respiration était rude surtout à droite, qu'il existait en outre dans toute l'étendue des deux poumons des râles souscrépitants et un souffle très net à la base du poumon droit.

Le malade mourut le 6 mars 1905.

A l'autopsie on constata que les poumons et les plèvres étaient farcis de noyaux sarcomateux de structure histologique, identique à celle de la tumeur primitive.

Voici maintenant la seconde observation. Elle nous est personnelle :

C... G.., quarante-neuf ans, qui entre à la Maison de santé de la Charité, le 20 novembre 1901, sur les conseils de M. le Professeur DUBAR, est un homme de forte taille, de robuste complexion, dont l'état général paraît excellent.

Interrogé sur ses antécédents de famille, il nous déclare que son père a succombé à une affection abdominale, qui paraît avoir été un cancer de l'estomac, et que sa mère est morte de rhumatisme.

Rien de particulier à noter chez ses collatéraux. Luimême ne se souvient pas d'avoir été malade et l'affection qui l'amène aujourd'hui à la Maison de santé est la première dont il ait souffert. Exerçant la facile profession de rentier, C... se fatigue peu, et sa principale occupation est d'aller visiter de temps en temps des propriétés qu'il possède dans la banlieue de Lille.

Au mois de juin 1901, sans raison apparente, il ressentit au niveau du genou gauche, notamment dans la partie interne, des démangeaisons extrêmement vives auxquelles il ne porta que peu d'attention. Il n'a pas souvenance que cette région ait jamais été traumatisée.

Comme le prurit devenait de plus en plus intense et ne cessait de le tourmenter, le malade tenta de le faire disparaître par des badigeonnages à la teinture d'iode et des frictions à l'alcool camphré.

Ces modes de traitements restèrent sans résultat.

Au mois de juillet suivant, un gonflement apparut au-dessus du condyle interne du fémur, accompagné de douleurs paroxystiques.

Deux médecins consultés à cette époque proposèrent une intervention chirurgicale qui fut énergiquement repoussée.

Cependant, les crises douloureuses devinrent de plus en plus fréquentes, laissant toutefois dans leur intervalle le sujet en état de calme relatif.

Les douleurs avaient surtout l'inconvénient d'être très agaçantes et consistaient tantôt en fourmillements et tantôt en sensations d'éclatement de l'articulation. « On eut dit que mon genou allait s'ouvrir », déclare le malade. Et en effet, il ressentait un certain soulagement lorsqu'il comprimait son articulation à l'aide de ses deux mains.

Il éprouva bientôt dans la journée jusqu'à sept et huit crises douloureuses, et peu après ses nuits ellesmêmes furent troublées par les douleurs devenues peu à peu intolérables. Étendues à la fois au côté interne et au côté externe de l'articulation, elles s'irradiaient le long de la cuisse.

Vers le 18 novembre, le malade qui, jusqu'alors, n'avait pas cessé de marcher, dut renoncer à peser sur son pied gauche, tant cet acte retentissait douloureusement du côté du genou.

Néanmoins l'articulation demeurait très mobile. Cet état s'accompagnait d'une tuméfaction considérable siégeant immédiatement au-dessus du condyle du fémur.

Le malade consulta alors M. le professeur DUBAR qui le fit entrer à la Maison de santé. A ce moment, C... souffre toujours beaucoup et par accès. Les crises sont plus fréquentes et surtout plus pénibles qu'autrefois. Dans leur intervalle le sujet est tranquille et sent seulement son genou.

A l'examen, on constate l'existence d'une tumeur volumineuse, assez irrégulièrement arrondie, siégeant à la partie inférieure de la cuisse gauche, surtout développée à la partie interne immédiatement audessus du condyle interne du fémur, elle présente à ce niveau une saillie arrondie qui se prolonge en avant sur la face antérieure de l'os au-dessus de la rotule et qui dépasse la ligne médiane. En arrière, la tuméfaction a envahi la partie supérieure du creux poplité. Elle adhère à l'os, elle est fixe et il est impossible de la mobiliser. Elle est très douloureuse à la pression qui donne sur quelques points une sensation

de crépitation parcheminée ; à sa partie interne, on perçoit plutôt de la fausse fluctuation. A son niveau, la peau est mobile, de coloration normale et parcourue de veinosités bleuâtres.

L'articulation conserve toute sa mobilité : les mouvements de flexion et d'extension sont seulement un peu douloureux.

Il n'y a pas de retentissement ganglionnaire. L'état général est bon. Ni fièvre, ni céphalalgies. L'appareil circulatoire fonctionne normalement. L'appétit est conservé et les digestions sont faciles. Le malade ne tousse pas et l'auscultation ne révèle rien de particulier du côté des voies respiratoires.

Retenant parmi les diverses particularités du tableau symptomatique que nous venons d'esquisser : la rapide évolution de la tumeur, sa connexion, son siège, les symptômes douloureux qui l'accompagnent ; écartant l'idée de tuberculose que rien, ni dans les antécédents, ni dans l'état actuel du sujet ne rend plausible, M. Dubar n'hésite pas à penser qu'on est en présence d'un néoplasme malin, d'un ostéo-sarcome. Il propose la désarticulation de la hanche qui est acceptée.

Cette opération est pratiquée le 29 novembre 1901. Par acquit de conscience et pour contrôler son diagnostic, M. Dubar fait à l'aide d'un trocart une ponction exploratrice à la partie interne de la tumeur. Aucun liquide ne s'écoule et la désarticulation est immédiatement pratiquée par le procédé de la raquette antérieure (procédé de Verneuil). L'opération fut rapidement menée et la plaie fut énergiquement drainée à l'aide de tubes en caoutchouc pénétrant jusque dans la cavité cotyloïde.

Le choc opératoire fut presque nul.

Les pansements furent renouvelés tous les deux jours ; au douzième jour on put enlever les crins de Florence.

Deux points de suture ont suppuré.

A aucun moment la température n'a dépassé 37°.

Le malade quitta la maison de santé le 20 janvier 1902.

L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un sarcome périostique fuso-cellulaire.

Ce malade a été présenté tout récemment aux élèves de la clinique de M. Dubar. Il déclare que depuis son opération il n'a jamais souffert, ne tousse pas et se porte à merveille.

Il paraît en effet très robuste et on a tout d'abord l'impression qu'il est définitivement guéri.

Cependant il porte au côté gauche du dos, recouvrant toute l'omoplate sans y adhérer, une tuméfaction volumineuse, absolument indolore, apparue il y a environ huit mois et qu'il attribue à l'usage d'une bretelle. L'articulation de l'épaule est mobile, tous ses mouvements sont libres.

Cette tuméfaction a augmenté progressivement de volume sans déterminer aucun trouble, elle paraît développée aux dépens des parties molles et être de nature sarcomateuse.

Ce qu'il faut surtout retenir de ces deux cas, c'est leur marche si totalement dissemblable, c'est la généralisation si précoce observée chez le premier malade eu égard à la survie prolongée dont bénéficie le second.

Dans le pronostic des ostéo-sarcomes on a coutume de faire intervenir l'âge des malades, la rapidité d'évolution du mal, l'époque de l'intervention, enfin et surtout le siège et la nature anatomique de la néoplasie. Or nous allons voir qu'aucune de ces considérations ne peut s'appliquer ici et justifier les faits observés

Disons tout de suite que l'âge ne paraît avoir joué aucun rôle, car nos malades étaient tous deux des adultes, et, si nous voulons bien admettre que chez le premier l'évolution de la tumeur paraît avoir été plus rapide, nous devons en même faire remarquer que chez lui l'intervention a été plus hâtive.

Si maintenant nous envisageons le siège et la nature anatomique de la lésion, nous voyons que c'est précisément le porteur du sarcome habituellement considéré à ce double point de vue comme le moins malin qui a succombé.

En effet, déjà à structure identique, il est généralement admis que les sarcomes centraux récidivent et se généralisent moins souvent que ceux qui siègent dans le périoste (Quénu). Or, dans le premier cas, il s'agissait d'un sarcome central et dans le second d'un sarcome périostique.

D'autre part, on considère le plus souvent le sarcome central à myéloplaxes comme le moins grave de tous (Gross, Mauclaire, Delbet). Dans la majorité des cas mêmes les sarcomes à myéloplaxes seraient à peine des tumeurs malignes (Delbet). Et enfin, pour Gross et Ranvier, le sarcome fasciculé du périoste surpasse tous les autres en malignité.

Ici encore nos deux cas sont donc en désaccord avec l'opinion générale puisque chez le malade mort deux mois après l'intervention, six mois après le début du mal, il s'agissait d'un sarcome central à myéloplaxes, alors que chez l'autre, actuellement vivant trois ans et demi après l'opération, presque quatre ans après le début des accidents, on avait affaire à un sarcome fasciculé du périoste.

Gross, qui affirme la gravité de cette dernière variété de sarcomes, s'appuie, pour soutenir son opinion, sur des statistiques opératoires montrant qu'ils auraient récidivé plus souvent que les autres ; mais Delbet fait justement remarquer qu'il faudrait, pour conclure d'une façon formelle, savoir à quel moment de leur évolution ces sarcomes ont été opérés. Et il

ajoute : « Il est possible que les sarcomes fasciculés, » précisément en raison de leur marche plus lente, » n'aient été opérés qu'à une époque plus éloignée de » leur début. »

Cette critique ne nous paraît pas applicable à nos observations. Les troubles sensitifs, qui chez nos deux malades ont précédé l'apparition de la tumeur, indiquent, aussi nettement qu'il est possible, l'époque de début du mal et on doit en conclure que c'est le sarcome périostique qui a été enlevé le plus tardivement. — N'empêche que le malade qui en était porteur a largement bénéficié de l'intervention.

Comment donc expliquer ces dérogations aux règles ordinaires ?

La généralisation si rapide et si étendue du sarcome central à myéloplaxes peut être attribuée, croyons-nous, à la fracture spontanée de l'humérus, laquelle aurait eu pour conséquence de mettre en contact les éléments sarcomateux d'une tumeur molle et diffluente avec de nombreux vaisseaux veineux accidentellement ouverts par elle. Cette mise en contact aurait amené la production d'embolies sarcomateuses en tous points semblables par leur mécanisme aux embolies graisseuses qu'on observe quelquefois dans les fractures.

Quant à notre second cas, si la tumeur que porte actuellement le malade est bien de nature sarcomateuse, ce qui est très probable, il est permis de supposer qu'elle est sans rapport avec la première. Outre que celle-ci a dû être enlevée en totalité nous pensons qu'il ne peut s'agir d'un noyau secondaire et qu'il n'y a pas lieu de faire intervenir le mécanisme de la métastase par voie sanguine ou lymphatique. Car en raison de la rapidité habituelle de l'évolution des sarcomes, nous avons peine à admettre que, s'il existait dans l'organisme de notre malade au moment de son opération, un noyau secondaire, celui-ci ait mis trois ans à se manifester. L'hypothèse d'une sorte de diathèse sarcomateuse, d'une prédisposition du sujet à faire un sarcome, sans être très explicite, nous paraîtrait néanmoins plus satisfaisante et nous aurions en réalité assisté à une « récidive par repullulation » (Broca), à une véritable « répétition du néoplasme » (Billroth).

A moins, toutefois, que nous n'ayons eu affaire à un sarcome d'une évolution particulièrement lente, auquel cas le mécanisme de la métastase expliquerait facilement l'apparition tardive de la récidive.

Quoi qu'il en soit, et sans attacher à nos hypothèses plus d'importance qu'elles n'en comportent, l'intérêt de nos observations subsiste. Dans le second cas, par le résultat encourageant d'une intervention large et hâtive ; dans le premier, par la rapidité de la généralisation qui méritait d'être signalée en raison même de la nature anatomique du néoplasme. A ce propos nous tenons à insister sur l'importance du diagnostic précoce de ces sarcomes centraux, afin d'intervenir avant qu'ils aient déterminé des fractures spontanées, et l'on conçoit toutes les réserves que comporterait le pronostic de l'opération au cas où l'on interviendrait après que s'est produite une de ces fractures parfois si difficiles à reconnaître. Ce qui ne veut pas dire que leur existence doive contrindiquer l'opération puisque, somme toute, celle-ci soulage le malade et lui donne pour un temps l'illusion de la guérison.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Technique de microbiologie tropicale

F. Noc. — Paris, Doin, 1905. 320 pages. — Prix : 4 fr.

L'auteur a écrit ce livre pour les médecins sanitaires maritimes ou coloniaux, isolés dans des postes ou dans des ambulances. Cet ouvrage vient à point leur apporter les notions nécessaires au diagnostic microbiologique des maladies tropicales.

L'ouvrage comprend quatre parties : dans la première, sont exposés les renseignements généraux indispensables au fonctionnement du laboratoire que doit posséder tout praticien aux colonies.

Dans la seconde, sont exposés les procédés les plus répandus de diagnostic par l'examen du sang, des selles, de la peau et des muqueuses.

La troisième partie est consacrée au diagnostic de la peste, du choléra ; elle comprend encore l'état exact de nos connaissances biologiques sur le virus de la fièvre jaune.

Enfin, dans la quatrième et dernière partie sont réunies quelques notions élémentaires de prophylaxie des maladies tropicales par la désinfection, la stérilisation des eaux en campagne, la lutte contre les rats et les insectes, l'emploi des sérums prévenifs. Chacun de ces points est l'objet de développements spéciaux.

Cet ouvrage est donc une mise au point nécessaire à tout praticien, de tant de problèmes médicaux litigieux, qui ne sont éclairés qu'à la lumière du diagnostic microbiologique. L'auteur est donc trop modeste en ne s'adressant qu'à une catégorie restreinte de médecins, car son livre est profitable à tous ceux qui debutent, à ceux aussi qui désirent ne pas rester ignorants des progrès de la science moderne.

Dr M. B.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Pilules merveilleuses

Nous trouvons dans un recueil d'anecdotes du Florentin Pogge, l'historiette suivante :

« Un certain fainéant, de Florence, homme sans profession et sans bien, ayant appris qu'un médecin avait composé des pilules qui lui faisaient gagner beaucoup d'argent, se mit à en faire un grand nombre. Il les donnait indifféremment pour toutes sortes de maladies ; c'était une selle à tous chevaux. Comme elles réussissaient quelquefois par hasard, il passa bientôt pour un grand médecin. Un jour, un homme de la campagne, qui avait perdu son âne, lui demande s'il n'avait point quelque remède pour le lui faire retrouver. *Oui*, dit-il, *vous n'avez qu'à avaler six de mes pilules.* Il les avala et s'en alla. Etant en chemin pour retourner, les pilules opéraient bien fort ; il fallut se détourner dans un endroit marécageux, où il y avait des roseaux.

» Là, il aperçut son âne qui paissait. Là-dessus, ne doutant point de l'effet des pilules, il s'en alla publier partout qu'un grand médecin, non seulement guérissait les maladies, mais faisait retrouver les ânes à ceux qui les avaient perdus. »

(Centre Médical).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le 19 septembre ont eu lieu a Valenciennes les cérémonies du mariage du docteur Fernand SONNEVILLE, d'Armentières, avec mademoiselle Pauline CORDIER. Nous adressons nos meilleurs souhaits de bonheur et de prospérité au jeune couple.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille.

37e SEMAINE, DU 10 AU 16 SEPTEMBRE 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	3
3 mois à un an	5	9
1 an à 2 ans	1	2
2 à 5 ans	»	»
5 à 20 ans	2	1
20 à 60 ans	20	12
60 ans et au-dessus	9	9
Total	47	36

Répartition des décès par quartier — CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Fièvre typhoïde	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tuberculose pulmonaire	»	1	1	4	1	2	1	»	2	»	»	12
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Grippe	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Bronchite et pneumonie	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	2
Méningite tuberculeuse	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	2
Autres tuberculoses	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Cancer	»	3	»	2	1	»	»	»	2	»	»	8
Apoplexie cérébrale	»	»	»	1	»	3	»	»	»	»	»	4
Bronchite	»	1	»	1	1	»	1	»	»	»	»	4
Maladies organiques du cœur	2	1	»	1	»	»	»	»	»	»	3	7
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	»	1	6	»	5	2	»	2	1	3	20
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Suicide	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	2	2	»	4	»	2	1	1	3	1	1	17
TOTAL des DÉCÈS	5	9	4	20	3	12	5	2	9	2	7	78
NAISSANCES par Quartier	8	10	13	20	4	7	11	4	14	1	6	98

N° 455. Neuvième Année. N° 40. Le Numéro : **10** centimes 1er Octobre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les Dacryocystites par fracture du canal oculo-nasal

Par le docteur **Thooris**, médecin-major

(*Suite*)

CHAPITRE V

TRAITEMENT DES DACRYOCYSTITES PAR FRACTURE

Les discussions des chapitres précédents n'ont pas été recherchées, dans un but purement théorique, mais leur application thérapeutique a été continuellement poursuivie, de sorte qu'il n'est pas de question médicale, où la pratique ne se calque d'une façon plus adéquate sur la théorie.

C'est ainsi que les idées de J.-L. PETIT ont d'abord dirigé souverainement toutes les méthodes de traitement des ophtalmologistes. L'induction était extrêmement logique ; le fait, d'où on inférait la loi, c'est-à-dire la règle de conduite, était très simple :

Il y a tumeur, il y a fistule lacrymale, puisqu'il y a obturation par fracture du conduit nasal.

Donc, pour guérir la tumeur et prévenir la fistule, il faut rétablir le cours des larmes.

ANEL et J.-L. PETIT furent les premiers, dit DEVAL, qui insistèrent sur la souffrance du canal nasal, comme complication à peu près constante qui entretient les affections chroniques du sac et sur la nécessité de faire de ce conduit le point de mire des efforts thérapeutiques (1).

Dès 1734, PETIT s'exprimait comme il suit (2) :

« Il ne s'agit que de rétablir une machine hydraulique dérangée, machine dont on connaît la structure, ainsi que la cause immédiate de son dérangement....

» Les larmes ne coulent pas dans le nez, elles tombent sur les joues, elles sont retenues dans le sac lacrymal, elles dilatent ce sac, elles y causent tension, inflammation, rupture et fistule.

» La cause de tous ces effets est l'obstruction du syphon lacrymal.

» Pour déboucher le syphon, je fais une incision du sac lacrymal, j'y introduis une sonde cannelée, je la pousse jusque dans la narine et par ce moyen je débouche le canal (3). »

(1) TARTUFERI, 1903. Annales d'oculistique. Le curetage lacrymal. La part prépondérante des dacryocystites catarrhales et purulentes chroniques, revient au canal nasal, et c'est sur lui que doit être dirigé le traitement.

(2) 1744. Mémoires de l'Académie des Sciences, t. L, p. 340.

(3) Mais il s'agit dans ce travail uniquement d'obstruction par fracture, c'est-à-dire d'un rempart incoercible qui résiste absolument à la sonde.

Le plus souvent, le plus violent cathétérisme ne peut venir à bout de l'obstacle, si celui-ci est osseux. Même, si l'obstacle osseux se trouvant sur le trajet du canal et non à son lieu d'élection, c'est-à-dire à l'éntrée du canal, l'instrument peut être facilement engagé, la résistance, dans ce cas spécial, ne peut être franchie, à moins d'une brutalité aveugle, dangereuse et antichirurgicale ; à plus forte raison si le passage ne peut être amorcé, l'obturation très haute, supprimant tout accès dans le conduit.

Le drainage par la voie normale proposé par WATHEN consistait, dans la méthode de DUPUYTREN, en un véritable taraudage du canal avec un foret ou plutôt une sorte de petit trépan (1). Cette opération doit être mise au point aujourd'hui par la transformation de l'outillage et l'emploi de la fraise mue électriquement. Quand la fraise peut être amorcée, une grande attention des rapports anatomiques permettra de rejoindre rapidement le canal nasal libre au-delà de l'obstacle osseux. La difficulté opératoire devient très grande, si cet amorçage ne peut être réalisé.

De là le procédé de LEFOREST qui lui fut inspiré par une note de LAFAYE dans un ouvrage de DIONIS.

Le cathétérisme rétrograde, de bas en haut, par le méat, semblait théoriquement devoir prévaloir sur le cathétérisme direct. En effet, au dire de DESMARRES (2) l'introduction du cathéter par le moyen du tour de maître, était toujours possible.

Nous avons vu que la fracture ne siège presque jamais en bas du canal et par suite le cathétérisme par en bas peut toujours être amorcé.

Le cathéter (3) engagé dans une voie sûre, peut être poussé avec précaution et plus de sécurité que dans le sens opposé. La méthode, enfin, semble justiciable d'un grand perfectionnement moderne par l'emploi de la fraise, du miroir frontal et du rhinoscope.

Le curetage du canal nasal par la voie méatique recommandé par ROCHON DUVIGNAUD ne s'adresse qu'aux oblitérations par transformation du conduit en cordon fibreux (4).

Mais le cathétérisme rétrograde, s'il est souvent praticable, est parfois impossible.

(1) Compendium de chirurgie, t. III, p. 210.

(2) DESMARRES, 1847. Traité des maladies des yeux, p. 878.

(3) GENSOUL appropria la courbure des sondes à celles des canaux qu'elles doivent traverser.

(4) *Annales d'oculistique*, 1901, p. 54.

Le cathétérisme par le méat inférieur, dit ABADIE (1), est un procédé peu pratique, même sur le cadavre, il est très difficile de découvrir l'orifice inférieur du canal nasal.

D'après ROCHON-DUVIGNAUD, le pertuis est impossible à découvrir dans un vingtième des cas (2).

HALT au contraire est d'avis que le cathétérisme nasal du canal nasal est impossible (3).

D'ailleurs les deux modes de cathétérisme qui consistent à rétablir un conduit artificiel dans la direction du canal naturel présentent un vice rédhibitoire. Ces méthodes donnent pour acquis un résultat précaire et purement provisoire, puisqu'elles exigent ensuite le maintien d'une sonde à demeure, sous peine de réobstruction immédiate de la brèche par prolifération des tissus (4).

Aussi les ophtalmologistes ont-ils été amenés à substituer à la réfection d'un trajet normal, à la restauration illusoire du canal physiologique, un mode de drainage nouveau par des voies différentes.

Lorsque le conduit nasal est fermé, s'exprime DESMARRES, et que les moyens ordinaires sont insuffisants, quelques chirurgiens ont, à l'exemple d'ARCHIGÈNE qui opérait ainsi, comme on le voit, dans AÉTIUS et Paul d'EGINE, ouvert aux larmes une voie nouvelle à travers les os, qu'ils brisent et auxquels ils font subir une perte de substance au moyen d'instruments particuliers. WOOLHOUSE (5) semble être le premier qui ait eu recours à la perforation de l'unguis dans un but thérapeutique.

ROSAS et BEER imaginèrent un trocart auquel JOEGER substitua son trocart à canule. La minceur de l'unguis, le rapport de sa moitié inférieure avec la fosse nasale avaient sollicité déjà le bouton de feu de ST-YVES (6).

Le drainage unguéal est, de tous les drainages, celui qui donne les meilleurs résultats d'après DRANSART, (7) et serait le seul à recommander au praticien qui

(1) Traité des maladies des yeux.

(2) *Annales d'oculistique*, 1901, p. 390.

(3) *Annales d'oculistique*, 1901, p. 390.

(4) En vertu de cette tendance naturelle que présentent à se fermer toutes les ouvertures accidentelles établies dans cette région, quels qu'en soient d'ailleurs le siège et le mode de production. (Compendium de chirurgie.)

(5) Chirurgie oculaire. DEVOIL, p. 534.

(6) ST-YVES, MDCCXXXVI.

(7) Opinion verbale et écrite de cet auteur, recueillie par nous (clinique ophtalmique de Somain).

Extrait d'une lettre de cet auteur : « Je regrette de n'être pas en » état de faire des recherches dans mes livres où j'aurais pu vous » recueillir plusieurs observations de tumeur lacrymale survenue par- » ticulièrement à la suite de coup de pied de cheval et de fracture des » os du nez.

» Dans ce cas, la perforation de l'os unguis a été le seul traitement » qui m'ait donné des résultats satisfaisants. »

se déciderait à adopter le traitement par désobstruction dans le cas d'oblitération incoercible.

Un dernier moyen de drainer le sac lacrymal consiste à faire passer les larmes d'une façon permanente de la partie déclive du sac conjonctival dans le sinus maxillaire et du sinus dans les fosses nasales.

C'est à LAUGIER qu'est dû le procédé de drainage sinusal.

VANDENBOSSCHE de Lyon, en 1896, a essayé de moderniser cette méthode.

La partie interne de la voûte de l'antre d'Higmoore, celle qui est située en dedans du canal sous-orbitaire, borde en dedans l'orifice supérieur du canal lacrymo-nasal, et s'articule ensuite avec l'unguis.

Le procédé de ROCHET de Lyon, rapporté par VANDENBOSSCHE, rappelle celui de HUNTER pour le drainage unguéal, et s'exécute au moyen d'un perforateur qui permet d'enlever à l'emporte-pièce une partie du cul-de-sac conjonctival et la rondelle osseuse correspondante.

La perforation se pratique en trépanant le plancher de l'orbite entre le canal en dedans et le nerf sous-orbitaire au dehors.

L'opération est indiquée par l'accumulation des larmes dans le cul-de-sac conjonctival inférieur et la facilité de les drainer par l'effondrement de la paroi en dedans du canal sous-orbitaire et au niveau de l'orifice supérieur du canal nasal.

La méthode de LAUGIER (1), au dire d'ABADIE, ne donna jamais de résultat durable, et celle de ROCHET ne semble pas avoir séduit davantage les opérateurs contemporains.

Sans doute on aurait pu penser que, l'œil étant sain et parfaitement désinfecté, les larmes eussent pu sans danger d'infection passer dans le sinus et de celui-ci dans le méat.

D'autant plus que la susceptibilité de la muqueuse tapissant le sinus pouvait à priori autoriser les meilleures présomptions. Le conduit lacrymal, chez les Solipèdes par exemple, traverse le sinus maxillaire.

Cependant le drainage par le sinus maxillaire s'exécute mal. L'issue des larmes dans le nez ne peut se faire que par l'ostium et, celui-ci, qui, pour remplir sa fonction, devrait se trouver à la partie déclive du sinus, occupe la partie la plus élevée de la paroi interne du sinus.

(1) LAUGIER perforait d'avant en arrière et de haut en bas la cloison osseuse assez mince qui sépare les voies lacrymales du sinus maxillaire (Compendium de chirurgie).

D'autre part, d'après BURNS, cité par SIEUR et JACOB (1), il ne peut passer naturellement que peu de chose du sinus dans le nez et plus la quantité de liquide est considérable, moins elle peut s'écouler, parce que l'orifice est formé de telle façon que, s'il y a, dans le sinus, une accumulation de liquide, les deux lèvres de l'orifice sont pressées l'une contre l'autre.

Mais, le plus grand inconvénient du drainage maxillaire, en dehors de la difficulté de maintenir la brèche, est le danger de sinusite et de pansinusite.

La sinusite, l'empyème du sinus ne peut être prévenu par le cathétérisme de l'ostium maxillaire, moyen infidèle, d'exécution délicate, parfois impraticable et nécessite le plus souvent le drainage du sinus par un trocart. C'est soumettre le malade à trop d'opérations.

En résumé, les risques à courir, les résultats médiocres et même nuls, l'obstruction des brèches, le danger d'infection font du drainage par le canal, par l'unguis et par le plancher, une méthode difficile, élégante sans doute quand elle est mise au point avec les données et l'outillage modernes, mais trop souvent inefficace, voire même dangereuse et par suite devant céder le pas à des procédés plus avantageux pour le patient.

De toutes ces méthodes, au demeurant, la préférence est laissée au drainage par l'unguis.

A une époque où l'on considérait le relâchement des parois du sac comme la cause de la rétention des larmes dans ce réservoir, on croyait pouvoir en triompher en produisant mécaniquement l'affaissement de la tumeur, absolument comme on applique aujourd'hui un bandage herniaire, une sangle de GLÉNARD ou un bas à varices.

MACKENZIE, le premier, assujettit exactement l'appareil compressif aux parties sur lesquelles on se proposait d'agir. LAURENT appliqua des compresses en demi-lune et de dimensions différentes superposées, les convexités dirigées vers le nez.

Le traitement par la compression disparut de la thérapeutique à partir du jour où la théorie phlogistique de la dacryocystite déplaça définitivement les théories mécaniques de l'obstruction et de l'ectasie constitutionnelle.

(1) Ouvrage cit.

Le corollaire thérapeutique de la théorie phlogistique est la destruction ou l'ablation du sac.

Le changement de doctrine ne permettait pas de continuer à admettre la métaphore de J. L. Petit comparant l'appareil urinaire et l'appareil lacrymal.

On ne vit pas sans vessie, on vit sans sac lacrymal.

Mais le cours des larmes est désormais impossible, l'épiphora devient nécessairement inévitable.

Aussi les chirurgiens furent-ils amenés à tenter l'extirpation de la glande lacrymale (1).

« Lorsqu'un larmoiement résiste à tous les moyens généralement employés », dit Abadie, « l'opération plus radicale de l'extirpation de la glande lacrymale peut être proposée.

On pourrait craindre la sécheresse de la conjonctive, il n'en est rien, cette muqueuse conserve un état d'humidité suffisant très probablement parce que l'extirpation est incomplète et ne porte que sur la portion orbitaire de la glande. La portion palpébrale et les glandules de la conjonctive fournissent une sécrétion suffisante. »

Il existe plus de vingt exemples, disait déjà Rognetta, d'extirpation complète de la glande lacrymale chez l'homme.

La glande lacrymale ne sécrète pas toutes les larmes, les larmes ont continué à être sécrétées et l'œil à être mouillé. (Mackenzie, Middlemore, Zood, O'Beirne, Travers, Lawrence). Scarpa a vu un cas de ce genre opéré par Choquet.

La conjonctive, d'après Greff (2), peut être considérée comme une glande en nappe qui peut se suffire après l'extirpation de la glande lacrymale.

On a même attribué à l'ablation des glandes la disparition des phénomènes inflammatoires et insisté sur ce fait que l'extirpation n'a jamais entraîné aucune suite fâcheuse sur la nutrition et la fonction du globe oculaire lui-même qui continue à être bien lubréfié.

La conciliation des doctrines étiologiques tentée avec succès par de Wecker a abouti à une méthode thérapeutique dont la caractéristique est de participer des méthodes antérieures avec des indications et des moyens nouveaux. De Wecker n'ouvre plus le sac, dans l'intention de l'oblitérer ou d'en faire l'incision,

(1) Tartuferi : *Annales d'oculistique*, 1903. La dacryocystite avec oblitération complète du canal nasal nécessite l'ablation du sac.

(2) *Annales d'oculistique*, 1902, p. 211.

même lorsqu'il y a un obstacle osseux insurmontable, qui entretient l'inflammation du sac.

Il débride alors largement du côté de la conjonctive, tâche de tarir la sécrétion par des injections antiseptiques et par la compression, et il fait ensuite l'extirpation de la glande lacrymale palpébrale.

Débrider très largement du côté du sac conjonctival, tarir les larmes par une ablation absolument inoffensive de la partie palpébrale de la glande lacrymale, telle est la méthode proposée.

Toute fistule lacrymale, au dire de l'auteur, se ferme spontanément dans l'espace de quelques jours, lorsqu'on fait communiquer largement le sac lacrymal avec le sac conjonctival par le débridement.

Le but est de combattre la sécrétion morbide.

Le large débridement du ligament palpébral interne (1) possède l'avantage de permettre une évacuation très complète du sac et de rendre facile l'introduction de la sonde creuse n° 3.

Le rapprochement des parois du sac au moyen d'une pression continue est très efficace pour combattre la dilatation.

Mais, d'après Lagrange et Valude (2), le rôle des larmes est avant tout de laver et de balayer la surface du globe de l'œil, surtout lorsqu'un corps étranger est venu s'y déposer.

L'importance du lavage de la conjonctive par les larmes est encore démontrée par le danger que court à l'occasion d'une plaie accidentelle ou opératoire, tout œil atteint de stagnation des larmes.

La distension du sac par du mucopus, l'accumulation, dans sa cavité, de colonies microbiennes, ne sont nullement nécessaires pour causer le développement d'une kératite septique ou d'une iritis purulente.

La suppression de la glande lacrymale à la suite de l'ablation est souvent suivie d'accidents significatifs plus gênants que le larmoiement lui-même.

Ahlström a montré que les larmes font de la surface de l'œil un mauvais terrain de culture bactérienne.

Bach insiste sur le lavage mécanique de la conjonctive ; enfin Bernstein attribue aux larmes une véritable action bactéricide.

Valude s'appuie sur ce fait et montre qu'il s'agit d'un même ordre de faits que ceux qu'a réunis

(1) Opération de Stilling.

(2) Encyclopédie française d'ophtalmologie, t. III.

Charrin dans son travail sur la défense naturelle de l'organisme (1).

La diminution de l'alcalinité des tumeurs naturelles, leur acidité abaisse l'état bactéricide. C'est à cette alcalinité qu'est due l'action favorisante des larmes.

La fonction lacrymale aurait donc un rôle indéniable que les partisans de l'ablation devront sérieusement prendre en considération.

Dans la pratique journalière, on continue, dans la plupart des cliniques, en cas d'obstruction incoercible, comme c'est le cas dans les dacryocystites par fracture du canal, à détruire ce sac, s'il s'enflamme par le thermocautère porté à même sur la tumeur.

Si l'épiphora devient gênant, Dransart remplace l'extirpation de la glande lacrymale par de petites raies de feu appliquées sur les canalicules de la glande palpébrale faisant hernie sur le bord de la paupière retroussée et des injections sclérosantes de sublimé au millième.

Le rendement de la glande est ainsi diminué sans être complètement tari.

Le manuel opératoire est le suivant :

Refouler avec le pouce et l'index la commissure externe le plus en dehors possible, en exerçant une légère pression. La glande fait hernie et se présente manifestement à la ponction.

La thérapeutique de la dacryocystite par fracture n'est pas seulement curative, elle est aussi préventive.

En effet, l'attention du praticien doit être attirée sur la complication possible de dacryocystite toutes les fois qu'il est en présence d'un cas de fracture des os du nez et de l'apophyse montante.

Si, à la suite d'un coup porté sur les os propres du nez, les apophyses montantes des maxillaires supérieurs, dit Hamilton, sont fracturées et enfoncées, on peut les relever et les mettre en place de la même manière que les os du nez. Cet auteur a observé plusieurs fois ce traumatisme.

Boyer, Malgaigne et d'autres chirurgiens ont observé que ces fractures guérissent toujours avec une grande rapidité.

Hippocrate pensait que la réunion était en général complète en 6 jours et, dans un cas d'Hamilton, les fragments étaient solidement réunis au 7e jour.

Malgaigne et Hamilton remarquent d'autre part, que la consolidation se fait sans interposition d'un cal provisoire et par première intention.

Ce dernier, sur aucune des pièces relatives à des fractures des os du nez, vues dans les diverses Universités et dans des collections privées et qui s'élevaient au chiffre de quarante, n'a pu découvrir, après l'examen le plus minutieux, de cal provisoire.

D'après Malgaigne enfin, il y a un principe que les chirurgiens ne sauraient trop méditer, c'est que toutes les esquilles, si peu adhérentes soient-elles, doivent être scrupuleusement conservées et qu'elles reprennent avec une facilité admirable, (Lavraud, Larrey et même Baudens, le grand partisan de l'extraction des esquilles), à cause de l'extrême vascularité des os qui forment la mâchoire supérieure.

Certains auteurs ont recommandé avec juste raison de pratiquer le cathétérisme immédiatement de façon à empêcher l'obstruction du canal (1).

On peut régler le cathétérisme avec la coaptation de la fracture par l'usage des attelles spéciales intra et extra-nasales ; la possibilité du cathétérisme direct ou rétrograde étant rétablie par la mobilisation délicate et prudente des éléments fracturés. Le cathétérisme immédiat peut enfin désobstruer le canal d'esquilles qu'il déplace et qui se fixent rapidement dans leur position nouvelle mettant ainsi le canal à l'abri de leur consolidation vicieuse et obstructive.

En résumé il faut prévenir la dacryocystite dans tous les cas de fracture du nez et surtout des apophyses montantes.

Si la dacryocystite s'établit, deux méthodes se présentent : l'abstention et l'intervention.

Surveiller le sac et intervenir seulement si la dacryocystite de catarrhale devient purulente.

On peut se demander si cette expectation est plus timide que prudente. Il suffit de se rapporter, pour s'en convaincre, aux graves complications énoncées par Truc dans les *Annales d'oculistique* et dont l'éventualité possible met le praticien en présence de kératites, d'iritis, d'irido-cyclo-choroïdites, de phlegmons orbitaires, de phlébites intra-crâniennes, de thrombo-phlébites et de méningites. Or la dacryocystite catarrhale n'en reste pas moins un foyer menaçant et sa flore microbienne momentanément inoffensive, peut soudain devenir virulente et occasionner rapidement des désordres irréparables.

Il faut donc intervenir. Nous condamnons le

(1) *Annales d'oculistique*, 1903, T. 22, p. 168.

(1) Rognetta, cité par Mackenzie (observation XI).

drainage et la cure radicale par ablation du sac et de la glande, et nous donnons la préférence au traitement du sac suivant la méthode de de Wecker et à la sclérogénèse de la glande palpébrale suivant la méthode de Dransart.

OBSERVATIONS

I. Observations anatomiques

Observation I. — Hamilton, p. 107. *Traité des fractures et des luxations.* — Pièce anatomique citée par Hamilton et lui appartenant, sur laquelle il existe avec un enfoncement des os du nez, par un coup de pied de cheval, une fracture de l'apophyse montante du côté droit siégeant juste au-dessus de la racine de la canine ; l'extrémité supérieure de cette apophyse a basculé en arrière et en dedans au point d'obturer complètement la fosse nasale correspondante. C'est dans cette situation qu'elle s'est réunie solidement aux os et aux parties molles avec lesquelles elles se trouvent èn rapport.

Observation II. — *Traité des fractures et des luxations de* Malgaigne, t. I. Cas de fracture, p. 363. — La fracture a séparé presque transversalement les 2/5 des os du nez en même temps qu'une très petite portion de l'apophyse montante du maxillaire droit.

Le fragment de l'os nasal gauche n'a pas abandonné son apophyse montante et la suture s'est prêtée à ce mouvement.

Observation III. — Pièce n° 50 du musée Dupuytren. — Il semble résulter de cette pièce qu'une violence d'origine inconnue a agi sur la racine du nez et sur les apophyses montantes du maxillaire supérieur de l'un et de l'autre côté.

La partie inférieure et moyenne du frontal a été brisée en plusieurs fragments.

La fracture circonscrit les sutures fronto-nasale, fronto-maxillaire et s'étend de ce côté presque dans l'intérieur de l'orbite.

Les fragments ne sont que médiocrement déprimés à gauche ; à droite, ils ont subi un déplacement plus considérable ; ils font saillie devant l'angle supérieur et interne de l'orbite.

L'apophyse montante droite a été fracturée en partie à sa base et enfoncée vers la cavité des fosses nasales. La fracture qui l'unit au frontal est disjointe et le sommet de l'apophyse est déprimé au dessous du niveau du bord correspondant du frontal.

Observation IV. — Pièce 51 du Musée Dupuytren. Professeur Desault. — L'apophyse montante a enfoncé en dedans l'os unguis. Moitié antérieure du crâne et de la face. Fracture de la partie antérieure des sinus frontaux.

La paroi antérieure a été détruite. Perte de substance de quatre centimètres dans le sens vertical. Les bords sont rugueux et cicatrisés.

Le fond est formé par la lame interne du coronal intacte. Les deux os propres du nez n'ont plus d'articulation supérieure et sont seulement soutenus de chaque côté par les apophyses montantes du maxillaire supérieur. La perte de substance est un peu plus étendue à droite qu'à gauche. De ce côté, en effet, une portion de l'os propre du nez a été disjointe de l'apophyse montante qui est transversalement fracturée au niveau de sa partie supérieure. Le fragment inférieur est enfoncé en dedans. L'os unguis de ce côté a été également brisé et perdu.

Plus de canaux nasaux.

Observation V. — Pièce N° 51 du musée Dupuytren. — Os propres du nez dans leur 1/3 inférieur littéralement broyés et cela des deux côtés, ainsi qu'une portion du maxillaire supérieur. Dans les 2/3 supérieurs, les os sont restés articulés avec le coronal.

A gauche, l'apophyse est fracturée à sa partie supérieure, ainsi que les os unguis au niveau de l'articulation de ce dernier avec la lame papyracée de l'ethmoïde ; on y remarque une fracture verticale qui, passant par la tubérosité de l'os maxillaire supérieure, le circonscrit dans son entier, pour aller rejoindre le fond de la fente ptérygoïde et sphéno-maxillaire. A droite, l'apophyse est fracturée sans déplacement du niveau de son articulation supérieure ainsi que la lame vitrée de l'ethmoïde. Les canaux nasaux ont disparu. Au moyen d'un stylet, on a accès des orbites dans les sinus maxillaires.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Observation VI. — Mémoires et observations anatomiques sur l'œil. MDCCLXXII, p. 294, Janin. Sur une fistule occasionnée par un coup de feu, — Il y a 10 ans que Monsieur le chevalier d'Hérici de Caen, de l'ordre royal et militaire de St-Louis, fut blessé d'un coup de feu au visage. La balle entra dans le grand angle de l'œil gauche, traversa obliquement la cloison osseuse du nez, rompit une partie de l'os de la mâchoire supérieure du sinus maxillaire et enfin sortit aux dessus des dernières dents molaires supérieures.

Il ne survint pas d'accident à cette plaie. On ne la traita que par des pansements très simples, on n'y vit sortir aucune esquille et elle fut guérie en six semaines.

L'œil gauche étant perdu par l'effet du coup, l'œil droit a été larmoyant et très sensible à l'impression de la lumière pendant les 4 premières années qui suivirent cette blessure, après lesquelles le larmoiement a cédé de lui-même.

Il y a environ 4 ans que cet écoulement de larmes se renouvela, mais alors il était accompagné d'une dilatation du sac lacrymal. D'abord, il suffisait au malade de comprimer cette tumeur avec le doigt pour la vider, mais, dans la suite, la compression ne tarissait plus cette cavité. La tumeur qu'il formait augmenta et le larmoiement devint plus considérable.

Observation VII. — *Traité des fractures et des luxations* de Malgaigne, t. I, p. 364. — Une femme ayant reçu un coup de poing sur le côté droit du nez, il survint un gonflement monstrueux qui ne permit pas de juger s'il y avait fracture. Le saignement de nez fut excessif. Les règles qui coulaient alors s'arrê-

tèrent. La muqueuse nasale se tuméfia tellement, qu'elle faisait un gros bourrelet occupant tout le côté de la narine.

Au bout de quinze jours, on aperçut une tumeur fluctuante près du grand angle de l'œil dont l'ouverture donna issue à un sang dissous très puant.

L'os du nez se trouva découvert et l'on en emporta une petite portion séparée du cartilage. La malade était presque guérie, quand elle fut atteinte d'une fistule lacrymale que WOOLHOUSE opéra.

OBSERVATION VIII. — 1818, p. 149, obs. 47. *Traité des maladies des yeux*. DEMOURS.—Tumeur lacrymale, suite d'une contusion. — Demoiselle ayant été frappée auprès du grand angle de l'œil par une barre de fer qu'un homme portait, eut l'œil larmoyant dès le jour même et ensuite une tumeur lacrymale qui se forma en 2 mois.

OBSERVATION IX. — DEMOURS, 1818, p. 149. — Mademoiselle L.., d'Amiens, parente du célèbre BAUDELOCQUE, tombe par une trappe d'une cave et eut à la suite de cette chute le conduit nasal de chaque côté obstrué. Il s'en suivit une tumeur lacrymale des deux côtés.

OBSERVATION X. — MACKENZIE, 1856. *Traité des maladies des yeux*, p.192, § 3. Lésions traumatiques du conduit nasal. — Le conduit nasal lui-même est complètement à l'abri de toute lésion ; mais le canal osseux, à travers lequel il passe, est quelquefois fracassé et ses parois poussées de dehors en dedans par des coups violents portés sur la face. J'ai vu une fois cet effet produit par un coup de pied de cheval, reçu sur les côtés du nez. La conséquence de cette lésion fut que le passage des larmes hors du sac lacrymal fut complètement empêché.

Les larmes se rassemblèrent dans les conduits lacrymaux et dans le sac, et comme elles n'avaient aucune issue, elles déterminaient fréquemment, dans le sac, une inflammation qui se terminait par un abcès et cet abcès s'ouvrait à travers la peau.

Le malade entra à « Glascow Eye Infirmary », dans le service du docteur MONTHEATH qui, trouvant impossible de pratiquer un nouveau passage pour les larmes, même à travers l'os unguis, essaya, par des caustiques de divers espèces et même, par le cautère actuel, mais sans succès, d'oblitérer le sac lacrymal et les conduits lacrymaux.

Dans de telles circonstances, en divisant transversalement ces derniers conduits, on pourrait empêcher les larmes d'arriver dans le sac lacrymal.

Le docteur ROGNETTA donne le conseil, dans tout cas de fracture du nez, où il y a lieu de craindre l'oblitération du conduit nasal, de sonder ce mal par son orifice inférieur avec la sonde de LEFOREST perfectionnée par GENSOUL et de laisser cet instrument dans le conduit pendant au moins un jour.

OBSERVATION XI. — BOYER. (*Traité des maladies chirurgicales*, t. III, p. 124. *Traité des fractures* de MALGAIGNE, t. I, cit. p. 365).— Une jeune fille, âgée de 8 ans, reçut un coup de pied de cheval, d'où résulta une fracture du nez avec enfoncement. Il survint un gonflement et une inflammation considérables que l'on combattit d'abord et que l'on voulut voir entièrement dissipés avant de s'occuper de la réduction.

Ces accidents se dissipèrent en effet, mais alors la réduction de la fracture fut impossible, en sorte que le nez resta écrasé et qu'il survint une fistule lacrymale incurable par la déformation qu'avait soufferte le canal nasal.

OBSERVATION XII. — GALEZOWSKI, 1872. *Journal ophtalmologique*. — Richard, 36 ans, soldat au 36e d'infanterie, se présenta les deux yeux gonflés et avec un double larmoiement.

Le malade raconte que, le 30 septembre 1870, il a été blessé au combat de Villejuif à la face par une balle qui lui a traversé les deux joues de part en part, de la joue droite à la joue gauche.

En janvier 1871, il présente deux cicatrices parallèles au bord inférieur orbitaire et à deux centimètres au-dessous.

La balle a glissé le long du bord orbitaire inférieur sans le blesser, a brisé l'apophyse montante du maxillaire droit, passé derrière les os du nez et est sortie par l'autre joue, après avoir brisé l'apophyse montante gauche et une grande partie du bord orbitaire inférieur.

Il reste 13 jours au palais de l'Industrie, puis est emmené sur l'ambulance du Marquis LE MAROIS.

Le nez n'est pas déformé, les deux yeux sont larmoyants et enflés, 2 tumeurs lacrymales. Comme il était impossible de passer par les points lacrymaux et qu'il y avait obstruction du canal nasal, nous incisons les points lacrymaux. La sonde franchit le canal nasal droit rétréci seulement par les plis de la muqueuse ; du côté gauche le canal nasal n'a pu être retrouvé.

C'est pourquoi je me suis décidé à faire un peu plus tard une incision sur la paroi antérieure du sac et à cautériser la cavité au chlorure de zinc.

10 mois après, œil droit guéri ; œil gauche persiste à pleurer, mais la suppuration a disparu.

OBSERVATION XIII. — *Journal ophtalmologique*. GALEZOWSKI, 1872. — M. P..., 26 ans, officier d'infanterie de l'armée de Paris, reçut un coup de feu à la joue le 19 janvier 1871 à la bataille de Montretout.

La balle entra dans la joue droite au-dessus de l'arcade zygomatique et à égale distance de l'œil et de l'oreille ; elle se porta un peu en avant pour sortir par la joue droite à 2 centimètres de l'œil gauche et du nez.

La cicatrisation se fit facilement. Quelques esquilles s'éliminèrent par le nez. Mais depuis la fermeture, un larmoiement apparut puis l'œil s'enflamma. Cet officier me consulta le 14 avril de la même année.

Je constatai une tumeur lacrymale et une obstruction complète du canal nasal, etc...

OBSERVATION XIV. — Pathog. du rétrécissement du canal nasal. *Journal d'Ophtalmologie*. ABADIE. 1872, p. 198. — Homme 36 ans. Reçoit violent coup sur la région du nez qui produit une déviation persistante de la cloison, une déformation de la face et probablement du canal nasal, à 13 ans.

On sait qu'il est fréquent d'observer à la suite de ces grands traumatismes ayant produit des déviations osseuses, des rétrécissements incurables. Chez le sujet en question, il n'en fut pas ainsi, il n'y eut pas trace de larmoiement jusqu'à l'âge de 34 ans et on n'observa rien d'anormal du côté des yeux lorsqu'il y a 2 ans, après de violentes douleurs, il dut se faire arracher la première petite molaire. Il se fit poser d'abord des dents à pivot, puis un appareil prothétique. Quelque temps après, il vit apparaître un larmoiement pour lequel il vint réclamer mes soins. Je crus au premier abord que la déviation du canal que j'avais sous les yeux expliquait l'origine du premier rétrécissement, etc ..

Observation XV. — *Journal ophtalmologique*. Galezowski, 1872. — M. G..., âgé de 18 ans. Polonais, tombé pendant l'insurrection de 1862 entre les mains des cosaques. A été criblé de blessures. Une balle lui fracassa l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit et ressortit ensuite au bas de l'apophyse mastoïde, derrière le muscle sterno-cleïdo mastoïdien. Une cicatrice profonde, avec enfoncement de l'os, s'en est suivie, à deux centimètres au-dessous du sac lacrymal. Au mois d'octobre 1866, le malade vient me consulter pour une tumeur lacrymale, pour laquelle on avait tenté sans résultat la méthode de Poltz. Je constatai une obstruction du canal nasal. Mais au moyen du cathétérisme, je parvins, après plusieurs tentatives, des plus douloureuses, à une dilatation du canal nasal qui était à peine perméable à l'endroit de la blessure.

Observation XVI. — (Inédite). (Dransart, de Somain). 16 juillet 1904, n° 9.5058. — M... Augustin, 45 ans, à Hénin-Liétard, est atteint de tumeur lacrymale du côté droit. La tumeur, suppurée, a le volume d'une grosse noisette.

Etiologie. Fracture des os du nez, il y a deux mois, par chute d'un gros morceau de charbon sur la région fronto-nasale.

Observation XVII. — *Traité d'ophtalmologie*. De Wecker et Landolt. — Cas d'une jeune fille traitée pour granulations conjonctivales, âgée de 10 ans, qui, dans une réjouissance publique, a eu les os du nez fracturés en plusieurs fragments et enfoncés par une baguette de fusée tombée de très haut. Il est évident que chez cet enfant les canaux nasaux ont perdu toute perméabilité et cependant on n'a constaté ni larmoiement, ni sécrétion morbide des sacs lacrymaux.

Observation XVIII. — *Traité pratique des fractures et luxations*. Hamilton, 1884. Observation, p. 97. — Thomas Kelley, âgé de 4 ans, reçut un coup de pied de cheval. Deux heures après, au moment où il était vu pour la 1re fois par un chirurgien, le nez et la face étaient très tuméfiés et la fracture passa inaperçue.

Mais après l'accident, je trouvais les os du nez enfoncés de presque toute leur longueur et surtout dans la moitié inférieure. L'apophyse montante droite était aussi fortement enfoncée et la narine correspondante obstruée.

Le canal nasal de ce côté était oblitéré.

Observation XIX. — Thèse de Bordeaux. Etiologie des maladies lacrymales, 70 p. n° 38. Observation n° 46 de la Thèse. — L..., charretier, âgé de 35 ans. A contracté à la suite d'un traumatisme de la région nasale par coup de poing une tumeur lacrymale dans le grand angle de l'œil droit.

27 février. O. D. = H. 2.

Observation XX. — Thèse de Bordeaux. Etiologie des maladies lacrymales. N° 38. Observation n° 18 de la Thèse. — D..., employé, âgé de 42 ans. A la suite d'une chute sur le grand angle de l'œil a été atteint d'une dacryocystite phlegmoneuse dans la région correspondante.

39 janvier. O. D. = H. 2.

Observation XIX.— Coup de couteau dans la région temporale gauche datant de neuf mois ; inflammation chronique de la région lacrymale de l'œil droit. (Béranger-Féraud. Contribution à l'étude des corps étrangers de la face).— « Le 15 janvier 1885, le nommé Germain, ouvrier charpentier aux constructions navales, âgé de 26 ans, se présente au médecin de l'arsenal qui, constatant une légère tuméfaction dans la région du sac lacrymal de l'œil droit, l'envoya à l'hôpital avec le diagnostic suivant : tumeur lacrymale côté droit datant, dit le malade, de 8 mois. Le 17 juillet, dans le cours d'une visite que je faisais dans cet hôpital, le médecin traitant me montra cet ouvrier qui est entré la veille. A première vue on peut penser qu'il s'agit d'une tumeur lacrymale avec imminence de fistule, mais il y a, en outre des altérations de la région palpébrale, un phénomène insolite qu'on ne sait comment expliquer. Cet homme ne peut desserrer les dents.

L'examen attentif du sujet me montre que la tuméfaction qu'on est tenté de prendre, à priori, pour une maladie du sac lacrymal, tient à une autre cause, car elle est un peu en dehors du sac, il n'y a aucun phénomène de larmoiement ni d'obstruction des voies lacrymales ou d'altération des larmes, tandis que d'autre part on sent contre le rebord inférieur de l'orbite une petite saillie que l'ongle peut vaguement délimiter et qui ne peut être attribuée qu'à un corps étranger ou bien à une esquille osseuse, ou bien encore à une pointe d'ostéophyte accidentel.

Je me range donc définitivement à l'idée que la lame du couteau s'est cassée et est encore dans les tissus ; je prescris en conséquence au médecin traitant d'évacuer cet homme sur mon service pour être soumis à des explorations qui nous indiqueront s'il y a lieu d'aller à la recherche du corps étranger.

L'opération justifia le diagnostic du corps étranger représenté par une lame de couteau de 6 centimètres de longueur sur 12 millimètres de largeur. »

Ce qui nous intéresse dans cette observation, c'est la difficulté qu'il pouvait y avoir, de prime abord, à porter le diagnostic exact en présence d'une tuméfaction qui simulait si bien la tumeur et la fistule lacrymales ; d'autant que le malade, ayant oublié si même il y avait cru jamais, qu'il avait reçu un coup de couteau, ne donnait aucun renseignement qui pût mettre le chirurgien sur la voie de la pensée qu'il

s'agissait d'un corps étranger. Le ressaut sur le bord de l'apophyse montante aurait pu faire penser à un obstacle du côté du canal nasal.

D'autre part cette observation montre qu'à l'inverse de ce que prétendait Demours toute tumeur du grand angle de l'œil n'est pas forcément une affection du sac lacrymal.

Observation XXII. — (Inédite personnelle). — Caron, cavalier de 2e classe au 19e chasseurs à cheval. A reçu, le 29 août 1903, un coup de pied de cheval à la face. Il fut conduit à l'infirmerie, où il reçut les premiers soins et fut transporté de là à l'hôpital d'où il sortit par guérison, le 26 septembre 1903. A sa sortie, il lui fut accordé une permission de 20 jours à titre de convalescence.

Rentré au corps le 15 octobre, il reprit son service jusqu'au 20 avril, date de son entrée à l'infirmerie pour dacryocystite double. Entré de nouveau le 4 juin 1904 à l'hôpital, il vient d'être proposé pour la retraite avec le motif suivant : myélopathie des cornes antérieures d'origine centrale consécutive à un traumatisme de la région fronto-nasale.

Examen de la blessure le 29 août 1903 :

Solution de continuité large comme une pièce de 50 centimes au niveau de la jonction du nez et du front et plaie contuse oblique descendant vers le grand angle de l'œil gauche.

Fracture comminative des os du nez et fracture des apophyses montantes. Lame perpendiculaire de l'ethmoïde paraît intéressée.

Pas de commotion cérébrale. Le blessé renversé et étendu par le choc n'a pas perdu connaissance.

Le lavage de la région entraîne de la poussière osseuse ; le foyer de la fracture largement ouvert donnait accès vers la lame criblée et cette particularité inspire de vives inquiétudes, les trous de la lame criblée étant la voie habituelle suivie par l'infection passant des fosses nasales dans l'endocrâne.

Le diagnostic fut le suivant : plaie contuse de la base du nez, destruction d'une partie des os du nez avec perte de substance, ayant intéressé la lame perpendiculaire.

Désinfection et suture partielle rapprochant les lèvres de la plaie et laissant passer une mèche de gaze. Tamponnement des fosses nasales. Ultérieurement deux points de suture secondaires. La cicatrisation était complète le 25 septembre 1903.

Examen du malade le 1er avril 1904. Caron, qui avait repris depuis le 15 octobre son service d'ordonnance, est présenté à l'infirmerie par son officier. Il se plaint d'un léger larmoiement et montre au grand angle de chaque œil deux grosseurs, l'une droite comme une fève, l'autre gauche comme un petit pois. Le haut du nez présente une cicatrice oblique faisant un angle de 25 degrés avec l'axe fronto-nasal à concavité légère gauche et mesurant quatre centimètres. A la palpation le doigt sent une dépression.

Les os du nez ont été brisés dans leur partie la plus épaisse, mais le frontal a été respecté.

L'épine frontale toutefois a été brisée et éliminée. Les sinus frontaux sont intacts, et paraissent normaux à la transluminationn, il en est de même des sinus maxillaires.

En suivant avec le doigt de dedans au dehors le rebord orbitaire droit depuis la racine du nez, on perçoit un ressaut à un travers de doigt en dedans de la jonction perceptible au toucher de l'os molaire et du maxillaire supérieur. Ce ressaut se continue de haut en bas et de dehors en dedans par une saillie traversant obliquement la face antérieure de l'apophyse montante.

La direction de cette aspérité osseuse est sensiblement perpendiculaire à une ligne partant de la suture métopique et rejoignant l'extrémité supérieure de la suture de la base de l'apophyse avec l'os molaire.

L'acuité visuelle est normale, le champ visuel révèle une interversion assez nette des couleurs

L'incision des points lacrymaux est rendue nécessaire par suite de la difficulté des essais du cathétérisme. La sonde ne passe pas à droite, mais passe à gauche.

Le cathétérisme rétrograde à l'aide du miroir frontal et du rhinoscope est impraticable à gauche, l'entrée du canal étant introuvable malgré une exploration prolongée du méat au moyen de l'éclairage frontal.

Au contraire le canal nasal droit se laisse très facilement cathétériser de bas en haut, mais la sonde bute au niveau du rebord orbitaire à un obstacle infranchissable. Il s'agit donc d'une obstruction incoercible du canal nasal au lieu d'élection, par fracture de l'apophyse montante droite.

L'examen bactériologique du contenu des sacs lacrymaux droit et gauche révèle une culture pure de streptocoques, sans aucune autre espèce microbienne (Vanstenberg, de l'Institut Pasteur de Lille).

Le malade eût été réformé n° 1, avec éventualité d'une gratification renouvelable ou même d'une pension de retraite si, plus tard, la dacryocystite, menace continuelle pour l'intégrité des organes oculaires, avait amené l'une des complications citées dans nos conclusions, à moins qu'un traitement rationnel et radical de la dacryocystite double eût été instituée avant la sortie, traitement radical demandant une surveillance ultérieure prolongée et par conséquent, dans l'espèce, ne présentant pas sérieusement d'avantages sur l'abstention.

Mais, depuis son entrée à l'hôpital, le malade a présenté en outre une atrophie progressive de tous les muscles qui en font aujourd'hui un impotent se servant à peine de ses membres.

Le phénomène actuel a commencé par de l'asphyxie des extrémités digitales et dans la progression des phénomènes atrophiques ; les interrosseux des deux mains se sont pris d'abord.

Si cette myopathie est d'origine centrale et due à une hémorrhagie intracrânienne ou à toute autre cause agissant sur les centres trophiques de la frontale ascendante qui communique par les fibres d'association avec les centres trophiques du bulbe, le malade n'appartient pas au sujet que nous traitons ; il se rattache au contraire à l'ophtalmologie, si cette myopathie généralisée est un fait d'hystéro-trauma-

tisme de la région oculaire, consécutif au coup de pied de cheval et cette hypothèse améliorerait singulièrement le pronostic.

En tous cas la présence d'une culture pure de streptocoques dans les sacs lacrymaux suggère la possibilité d'un érysipèle comme complication.

Cette observation montre que le blessé a présenté non seulement une dacryocystite du côté où le canal nasal avait été complètement obturé, mais encore une dacryocystite du côté où le canal nasal est resté perméable, ce qui infirme la théorie de la causalité mécanique.

Les deux sacs contiennent également une culture pure de streptocoques. Cette espèce microbienne, ensemencée, a présenté une très grande vitalité se manifestant par la nécessité de réensemencements très espacés pour conserver la culture. Cette vitalité serait en raison inverse de la virulence, ici parfaitement nulle, vu l'absence d'accidents inflammatoires.

Caron a été radié par retraite. Voici ses certificats d'examen et de vérification :

CERTIFICAT D'EXAMEN :

Certifions avoir reconnu qu'il est atteint d'atrophie musculaire progressive caractérisée par l'atrophie des muscles des mains, des avant-bras, des bras, de l'épaule et du dos. La main est en griffe, l'impotence fonctionnelle est presque complète. Les membres inférieurs présentent des lésions analogues moins accentuées, la marche est titubante. Les réflexes aux membres supérieurs et inférieurs sont abolis. La sensibilité est conservée partout. On constate en outre un aplatissement de la racine du nez avec double mucocèle, résultant d'un coup de pied de cheval ayant déterminé une plaie contuse de la face avec fracture des os du nez, et probablement aussi un ébranlement ou une lésion des pédoncules, ou d'un autre point du cerveau ou de la moelle épinière.

CERTIFICAT DE VÉRIFICATION :

Certifions avoir reconnu qu'il est atteint d'atrophie musculaire progressive ayant débuté par les membres supérieurs. Les mains sont en griffes. Les éminences thénar et hypothénar ont disparu. Les avant-bras et les bras sont amaigris. La circonférence des bras à la partie moyenne est de 23 centimètres à droite et de 22 1/2 à gauche. Les avant-bras à 2 centimètres au-dessous du pli du coude ont 22 centimètres de chaque côté. Le malade ne peut même plus se servir de ses mains pour manger.

L'atrophie et la paralysie ont consécutivement gagné les membres inférieurs, et depuis quelques semaines la marche commence à devenir titubante.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité Les réflexes des membres supérieurs et inférieurs sont abolis, on ne constate pas de lésion apparente des nerfs crâniens.

Le malade présente un aplatissement de la racine du nez avec double mucocèle résultant d'un coup de pied de cheval reçu il y a un an. Ce coup de pied avait déterminé une plaie contuse avec destruction complète du squelette osseux de la racine du nez, sans symptôme cérébral initial et sans infection consécutive.

Les lésions peuvent être rapportées au traumatisme énoncé dans le certificat d'origine et qui par un ébranlement ou une lésion des pédoncules cérébraux ou d'un autre point de l'écorce a été l'origine de la myélite antérieure descendante.

Observation XXIII. — (Inédite. Professeur Baudry, de Lille). Obturation totale des deux canaux nasaux consécutive à une fracture des os propres du nez et des deux apophyses montantes du maxillaire supérieur. — « Le nommé Charles D...., âgé de 33 ans, industriel des environs de Lille, vint en avril 1895, me consulter pour un larmoiement des yeux.

Il rattache avec raison cette affection aux conséquences d'un accident de voiture remontant au mois de novembre précédent, et dans lequel, ayant été violemment projeté contre le rebord du trottoir, il fut relevé sans connaissance atteint de fractures du maxillaire inférieur et des os du nez avec plaies multiples des parties molles.

La guérison ou consolidation des fractures fut contrariée pendant plusieurs mois par des complications inflammatoires assez sérieuses. Le chirurgien dut pratiquer la suture des fragments du maxillaire inférieur.

Il existe actuellement une déviation avec écrasement du nez. Les ligaments sont sillonnés de cicatrices entrecroisées et adhérentes au squelette sous-jacent.

Les deux apophyses montantes nettement séparées par un cal du maxillaire supérieur sont enfoncées et déviées vers le côté gauche.

Les points et les canalicules lacrymaux sont très perméables à droite comme à gauche. La région du sac lacrymal ne présente aucune altération inflammatoire, aucune distension appréciable.

L'injection d'eau stérilisée pratiquée avec la seringue d'Anel par les points lacrymaux inférieurs ne franchit pas la région du sac et reflue par les points lacrymaux supérieurs.

Il y a donc obstruction totale du canal nasal à droite comme à gauche.

Je déclare au malade que si son larmoiement devient intolérable, il devra recourir à l'ablation de la glande lacrymale palpébrale. »

Cette observation présente cette particularité se rapportant précisément à nos considérations étiologiques : l'obturation complète des canaux n'a pas entraîné la dilatation du sac et son inflammation secondaire, le sujet n'ayant pas cette prédisposition constitutionnelle que nous prétendons, après les vieux auteurs, indispensable, même dans le cas de sténochorie absolue, pour la production du phénomène cytopathique.

CONCLUSIONS

I. Nous avons discuté la question de fréquence des dacryocystites par fracture. Dans les registres de la consultation des maladies des yeux de la Faculté de Lille, nous n'avons pas relevé un seul cas de dacryocystite par fracture de l'apophyse maxillaire.

On admet généralement que la fracture du canal nasal amenant son obstruction absolue provoque invariablement l'hydropisie du sac lacrymal. C'est la théorie de Jean-Louis PETIT.

II. L'étude des fractures du canal nasal nécessite un aperçu anatomique de la région lacrymo-nasale, afin d'éclairer : 1° la question étiologique ; 2° la question thérapeutique.

III. Les fractures du canal nasal sont toujours, sauf dans le cas de blessure par projectile, une complication de la fracture des os du nez.

IV. L'étiologie des dacryocystites est beaucoup plus complexe que le laisserait supposer l'explication mécanique de Jean-Louis PETIT.

En effet la fracture du canal nasal et son obstruction absolue peuvent ne pas être suivies de dacryocystite.

Il faut donc admettre qu'un facteur idiosyncrasique intervient chez les sujets occasionnant chez les uns l'hydropisie du sac et ne conférant aucune aptitude de ce genre aux autres. L'infection joue un rôle secondaire dans l'ampliation du réservoir lacrymal, et il semble que le sac, comme la vessie, ne s'infecte que par suite des conditions de moindre résistance que réalise son état de dilatation.

V. Le traitement répond aux indications étiologiques.

1° Si la dacryocystite était exclusivement due à l'obstruction, le drainage des larmes par la voie naturelle selon la méthode de DUPUYTREN, par la voie unguéale selon la méthode de WORLHOUSE, par le sinus maxillaire, suivant la méthode de LAUGIER, produirait la guérison rapide de l'affection.

Mais outre que le drainage n'amène pas une dérivation permanente et suffisante, il n'entraîne pas non plus, avec lui, la régression du phénomène dacryocystique, du moins très généralement.

2° La cure radicale de la dacryocystite serait la destruction et l'extirpation du sac, et, pour éviter l'épiphora consécutive, la résection des acini de la glande palpébrale.

3° Nous préférons, pour les raisons que nous avons émises (et auxquelles nous ajoutons les considérations d'esthétique très importantes chez certaines personnes) le traitement de la glande lacrymale par l'injection sclérosante.

VI. Dans toute fracture du nez, il faut explorer l'apophyse montante et assurer prématurement le cathétérisme préventif du canal lacrymo-nasal, comme le recommandait jadis ROGNETTA, dans son traité philosophique.

NOTE : La méthode de M. M. MARTIN nous semble pouvoir trouver dans le cathétérisme préventif direct ou rétrograde un correctif ou plutôt un moyen d'épreuve avantageux. En effet la restitution de la perméabilité du canal est un signe certain de la réduction de l'apophyse montante et par conséquent des os du nez qui restent généralement solidaires du fragment maxillaire supérieur. L'asepsie rigoureuse de la fosse nasale par les grands lavements chauds permettra d'éviter d'introduire dans le canal, par son orifice inférieur, des germes infectieux. Le cathétérisme rétrograde, nous l'avons dit, est facile ou impossible. S'il est difficile malgré un bon éclairage et un bon outillage, il n'y a pas lieu d'insister, on tentera le cathétérisme direct, et, en cas de succès, on laissera au moins un jour ou deux la sonde à demeure.

BIBLIOGRAPHIE

J.-L. PETIT, 1734. — Mémoires de l'Académie des Sciences.
SAINT-YVES, MDCCXXXVI. — Nouveau traité des maladies des yeux.
MAITRE JEAN, 1740, chirurgien. — Traité des maladies de l'œil.
JANIN, MDCCLXXII. — Mémoires et observations anatomiques sur l'œil.
M. J.-L. PETIT, MDCCLXXIV. — Mis au point par LESNE, ancien prévôt du collège. — Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui les concernent (ouvrage posthune).
SCARPA, 1807. — Traité pratique des maladies des yeux, 2e édition par LÉVEILLÉ.
M. J.-L. PETIT, MDCCLXXII. — Nouvelle édition par M. LOUIS, inspecteur des hôpitaux militaires du royaume. — Traité des maladies des os.
DEMOURS, 1818. — Traité des maladies des yeux.
BURNS, 1821. — *Bemerk über die chirurgie anat. des Halses und Kopfes.*
LAWRENCE, 1830. — Traité des maladies des yeux.
WELTER, 1832. — Traité des maladies des yeux. *Hernia et hydrops sacci lacrymalis.*
M. BAYLE, 1839. — Traité des maladies des yeux.
LÉVEILLÉ, 1839. — Traité des maladies des yeux.
JEANSELME, 1840. — D'après VELPEAU. Manuel pratique des maladies des yeux.
BOYER, 1843-1853, t. III. — Traité des maladies chirurgicales.
M. F. ROGNETTA, 1844. — Traité philosophique et clinique d'ophtalmologie.
Compendium de chirurgie, 1845-1851.
MALGAIGNE, 1847-1855, 2 vol. — Traité des fractures et des luxations.
DESMARRES, 1847. — Traité des maladies des yeux.
MACKENZIE, 1856. — Traité des maladies des yeux.
DEVAL, 1862. — Traité des maladies des yeux.
WARTHON JOHNS, 1862. — Traité des maladies des yeux.
GALEZOWSKI, 1872. — *Journal d'ophtalmologie.*
ABADIE, 1876. — Traité des maladies des yeux.
DE WECKER et LANDOLT, 1879-1889. 4 vol. — Traité d'ophtalmologie.

Hamilton, 1884. — Traité des fractures et des luxations (traduction par Poinsot).
Béranger Féraud, 1887. — *Bulletin thérapeutique.*
De Wecker et Masselon, 1889. — Traité des maladies des yeux.
Chauveau, 1890. — Traité d'anatomie comparée des animaux domestiques.
Terson, 1891. — Rapport sur le traitement des affections lacrymales. Société française d'ophtalmologie, pages 3 à 36.
Terson. 1892. — Traitement de la dacryocystite enkystée. *Journal de médecine et de chirurgie pratique.*
Müller. — Uber die extirpation des thränensackés. Klin. monost. bl.
Deutsch. med. Woh. schr.. Leipzig et Berlin, 99-102. — Die Behandlung der Thraenennasalstenosen.
S. Augen-Stuttg, 1893, p. 350-357. — Etiologie des maladies lacrymales n° 38.
Truc. 1893. — Quelques ablations de glandes lacrymales orbitaires et palpébrales dans les larmoiements rebelles. *Arch. d'ophtalmologie*, p. 280-297.
Poirier, 1896. — Traité d'ostéologie.
Le Dentu et Delbet, 1896-1901. — Traité des maladies chirurgicales.
Vandensbossche, 1896. — Traitement de l'épiphora par la trépanation du sinus maxillaire.
Ann d'ocul., 1899, tome CXXI.
Ann d'ocul., 1900, tome CXXIV.
E. Rollet, 1901. — Cure radicale des dacryocystites par l'ablation méthodique du canal lacrymal. *Revue générale d'ophtalmologie*
Bentzen. 1901. — Quelques cas d'extirpation du sac lacrymal. Hospitalsstunde.
Rochon-Duvignaud. *Ann. d'ocul.*, 1901. — Recherches sur l'anatomie et la pathologie des voies lacrymales.
Sieur et Jacob, 1903. — Les fosses nasales et leurs sinus.
Kouropatwinski, 1902. — Contribution au traitement de la dacryocystite chronique. *Revue générale d'ophtalmologie*, p. 21.
Schirmer, 1902. — Sur la sécrétion des larmes après l'ablation du sac. *Annales d'oculist.*
Tartufferi, 1903. — Anatomie pathologique des dacryocystites catarrhales et purulentes chroniques et du curetage lacrymal. *Annales d'ocul.*
Lagrange et Valude, 1903. — Encyclopédie française d'ophtalmologie, tome III.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

38e Semaine, du 17 au 23 septembre 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	6
3 mois à un an	4	3
1 an à 2 ans	1	»
2 à 5 ans	»	»
5 à 20 ans	»	2
20 à 60 ans	16	8
60 ans et au-dessus	13	9
Total	47	28

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Variole	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	»	1	4	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	7	9
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	3	1	»	»	1	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	1	9	13
Wazemmes, 36,782 hab.	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	7	»	»	»	»	»	2	14	13
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	4	9	6
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	1	»	1	»	2	»	»	1	»	»	6	14	11
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	4	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	5
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	»	1	»	2	»	»	»	1	»	1	9	17
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	5
Total	1	»	»	»	»	16	2	»	2	1	»	6	3	3	3	16	»	»	1	1	»	19	73	96

lle. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 456. Neuvième Année. N° 41 Le Numéro : 10 centimes 8 Octobre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Dégénérescence cancroïdale des lupus, des vieux ulcères, des anciens foyers ostéomyélitiques, etc. Cas rare de dégénérescence cancroïdale ayant pour point de départ un trajet fistuleux de tumeur blanche.

Leçon Clinique

Par M. **L. Dubar**, Professeur de Clinique Chirurgicale.

MESSIEURS,

La formation d'épithélioma au niveau de lésions cutanées anciennes ou dans le trajet de vieilles fistules n'est pas d'une observation courante. On en voit de temps en temps dans le service un cas qui a le privilège d'exiter la curiosité des assistants. Depuis un an, nous avons rencontré trois faits de ce genre, que je désire vous rappeler aujourd'hui. Leur rapprochement peut en effet prêter à quelques considérations intéressantes.

Occupons-nous tout d'abord du malade qui est couché actuellement au n° 1 de la salle Ste-Marie. C'est un homme de 54 ans, qui, depuis l'âge de 20 ans, est atteint d'un lupus tuberculo-ulcéreux de la face.

La lésion a débuté à droite au voisinage de la lèvre supérieure ; elle s'est étendue peu à peu à toute la face, sauf le front et le menton. Plusieurs fois, des ulcérations se sont produites, qui se sont cicatrisées. Une de ces cicatrices blanchâtres, au-dessous de l'œil droit, a amené un ectropion de la paupière inférieure. Au mois de juillet dernier est apparue une ulcération végétante, indurée à la base, qui s'est accrue rapidement.

Quand le malade s'est présenté à nous, nous avons constaté l'existence d'une vaste ulcération, de la grandeur de la paume de la main, à bords indurés et renversés, végétante dans certains points, fortement creusée dans d'autres, recouverte d'une pulpe grisâtre, grenue, se détachant par le raclage de l'ongle en donnant lieu à un abondant écoulement de sang. Examiné au microscope, le produit du raclage est formé de cellules épithéliales.

Cette ulcération d'aspect grisâtre, d'odeur fétide, tranche nettement sur la coloration rouge brun, vernissée du lupus.

Les lésions épithéliomateuses ne s'étendent pas qu'en surface. Toute l'épaisseur de la joue, sauf la

muqueuse, est envahie. En bas, l'ulcération adhère au maxillaire inférieur.

L'étendue des lésions ne nous a pas permis d'en essayer l'ablation par le bistouri. Nous avons eu recours au raclage, aux cautérisations par le thermocautère, aux applications de la solution d'acide arsénieux et d'orthoforme. Nous avons pratiqué ces jours derniers un nouveau raclage et nous allons instituer le traitement de Vidal : applications de poudre de chlorate de potasse et de solution concentrée du même produit. Nous ne pouvons espérer par ces moyens qu'arrêter pour un temps l'évolution du mal.

Le développement du cancroïde sur le lupus n'est pas très rare. De même que pour le cancroïde primitif de la peau, il se fait principalement à la face. On ne le rencontre guère avant 40 ans. Son maximum de fréquence, comme pour le cancroïde primitif, se montre entre 40 et 60 ans. Le lupus étant une affection qui débute ordinairement chez des sujets jeunes, l'épithélioma ne survient que quand le lupus a 20 ou 30 ans d'existence. L'anatomie pathologique démontre que ces néoplasmes sont des épithéliomas lobulés qui rencontrant des tissus préalablement modifiés par le lupus, s'infiltrent dans les parties sous-jacentes avec une grande rapidité et la clinique confirmant ces vues anatomo-pathologiques nous apprend qu'ils ont une marche plus rapide que les épithéliomas primitifs.

Très souvent, le cancroïde se développe sur un lupus ancien complètement cicatrisé ; d'autres fois c'est sur un lupus en voie d'évolution qu'il se rencontre. Dans ce dernier cas, on a discuté, les uns prétendant qu'en raison de la tendance habituelle de l'ulcération lupique vers la cicatrisation, de petits îlots de cicatrice en devenaient le point de départ ; les autres pensant qu'on pouvait admettre que le cancer épithélial se formait aux dépens des proliférations épithéliales qui accompagnent les végétations des ulcérations lupiques. Dans certains cas, on ne peut rien affirmer de certain. Quoi qu'il en soit, retenons ce fait que c'est le plus souvent au niveau de cicatrices que se produit le cancroïde dans le lupus, cicatrices qui ont pu être influencées soit par un traumatisme, soit par des irritations répétées ou de longue durée.

La transformation des cicatrices en épithélioma est depuis longtemps connue. Durand (De l'épithélioma primitif des cicatrices, Th. Paris, 1888) a réuni 90 observations d'épithéliomas développés sur des cicatrices, suites de traumatisme, de brûlures, d'ulcères de jambe, etc.

Nous avons observé l'année dernière un bel exemple de dégénérescence épithéliomateuse sur un vieil ulcère de jambe cicatrisé.

Il s'agit d'une femme de 71 ans, entrée à la salle Ste-Thérèse le 9 février 1903 pour un épithélioma de la jambe gauche avec fracture spontanée. A la suite d'une fièvre typhoïde qu'elle fit à 54 ans, il lui survint un ulcère de la jambe gauche de la grandeur de la paume de la main, qui diminua à plusieurs reprises sous l'influence du repos et de topiques divers sans jamais se cicatriser complètement jusque vers le mois de juillet 1902. A cette époque, la cicatrisation fut complète pendant 2 mois. Au mois de septembre suivant, une ulcération reparut, mais beaucoup plus végétante et plus saignante que précédemment. Malgré le séjour au lit et des pansements réguliers l'ulcération ne fit que s'accroître, creusant aussi en profondeur, et vers la fin de décembre les os de la jambe se fracturèrent spontanément.

A l'examen, nous avons constaté une large et profonde ulcération siégeant au niveau de la moitié inférieure de jambe gauche. Elle faisait presque le tour du membre ; seule la face antérieure présentait de la peau saine sur une largeur de quelques centimètres. Ses bords étaient inversés et indurés. Son fond très inégal grisâtre, mamelonné, de gros bourgeons saignants alternant avec des excavations anfractueuses dures remplies d'une sanie extrêmement fétide.

Lorsqu'on soulevait le membre, le pied et la partie inférieure de la jambe restaient pendants et présentaient des mouvements en tous sens (jambe de polichinelle) par suite de la disparition du tissu osseux sur une certaine étendue.

Il n'y avait pas de ganglions cruraux.

L'état général étant encore satisfaisant, l'amputation de la cuisse au 1/3 inférieur fut pratiquée. La malade est encore actuellement guérie sans récidive.

L'examen de la pièce a montré l'infiltration du tissu épithéliomateux, depuis la peau jusque dans les profondeurs du membre. Des parcelles prises au niveau de l'ulcère, dans les parties molles et dans les os, ont partout révélé l'existence de l'épithélioma lobulé avec globes épidermiques.

Ici, pas de controverse possible : c'est bien au niveau d'une cicatrice d'ulcère que le mal a pris naissance et de là s'est propagé en tous sens et surtout en profondeur, envahissant les parties molles et détruisant complètement le tissu osseux auquel il se substituait.

C'est encore le tissu de cicatrice qui me paraît être

le point de départ le plus habituel de l'épithélioma dans les anciennes fistules ostéopathiques.

Devars, dans sa thèse soutenue à Lyon en 1894 sur la dégénérescence cancroïdale des anciens foyers ostéomyélotiques, en a rassemblé 38 observations. Dans celles-ci se trouvent comprises la première observation publiée sur ce sujet par Cornil et Ranvier, qui remonte à 1866, ainsi que celles signalées par Poncet d'après Ollier, en 1885, concernant des cas de cancroïde développés dans les trajets fistuleux et les cloaques de nécrose.

En Allemagne, Volkmann dans un mémoire sur le cancer des membres, cite 128 cas de cancer provenant d'une inflammation chronique des téguments. 96 cas ont trait aux cancroïdes développés sur les vieux ulcères, les callosités, le lupus, les anciens cautères et sétons.

Les 32 autres cas représentent les tumeurs qui ont pris naissance sur les vielles fistules ossifluentes.

En ce qui concerne l'épithélioma de ces trajets fistuleux qui s'accompagnent de cancroïde des bords de la fistule et de la peau adjacente, sa pathogénie n'offre aucune difficulté. Ou bien c'est un cancroïde vulgaire de la peau propagé au trajet fistuleux, ou bien c'est un épithélioma développé aux dépens d'îlots cicatriciels de la paroi du trajet. Quand l'épithélioma n'existe que dans les parties profondes du trajet suppurant et dans l'os adjacent, le mode de développement a donné lieu à discussion. Personne ne défend plus aujourd'hui l'idée d'un épithélioma primitif de l'os, qui, on le sait, ne saurait exister, puisque l'os ne contient pas en lui-même d'éléments épithéliaux pouvant servir de point de départ au cancer. On admet ou bien que la peau a été attirée au fond du trajet fistuleux jusqu'au contact de l'os et que c'est cette peau incluse qui, constamment irritée, est le point d'origine du cancer, ou bien, ce qui est beaucoup plus probable et plus satisfaisant pour l'esprit, c'est que le vieux trajet suppurant était recouvert par places d'îlots épidermiques, dont la prolifération a produit le cancer. Il est en effet très fréquent de rencontrer ces îlots épidermiques à la surface des ulcères. Des cellules épidermiques venant du voisinage s'y greffent avec la plus grande facilité. Il en est de même pour les fistules qui ne sont que des ulcères canaliculés dont les parois se recouvrent de proche en proche d'îlots cicatriciels.

Au point de vue de ces vieux trajets suppurants envahis par le cancroïde, Volkmann ne fait aucune distinction au sujet de la nature première de l'inflammation.

Il accuse aussi bien la tuberculose que l'ostéomyélite. « Les malades, dit-il, ont souffert dans leur jeunesse d'une carie tuberculeuse ayant amené des séquestres, ou d'une ostéomyélite aiguë de la moelle osseuse. » M. Devars, au contraire, incrimine exclusivement l'ostéomyélite de croissance prolongée. « Les cas où la tuberculose peut être mise en cause sont fort problématiques », conclut-il de la discussion des observations qu'il a pu rassembler.

Je ne saurais pour ma part partager l'avis de M. Devars. Sans doute, les exemples de lésions tuberculeuses osseuses, accompagnées de fistules depuis 30 ans et plus sont rares. Les malades ont été le plus souvent opérés et débarrassés à la fois de leurs fistules et de la lésion qui les a produites. Les autres ont succombé aux progrès du mal ou à une généralisation tuberculeuse. J'ai rencontré cependant plusieurs exemples de malades atteints de fistules ostéopathiques tuberculeuses depuis un grand nombre d'années et chez ceux-là la dégénérescence cancroïdale des trajets fistuleux et de l'os adjacent n'est nullement impossible.

Je n'en veux pour preuve que le fait suivant que j'ai observé cette année même à la Maison de santé et qui ne peut laisser aucun doute sur la nature tuberculeuse de la lésion primitive.

Il s'agit d'un homme de 58 ans, qui est entré à la Maison de santé dans les premiers jours d'octobre 1903 pour un vaste cancroïde de la partie interne du genou gauche.

L'épithélioma constaté histologiquement sur des coupes de parcelles de la tumeur par le Dr Latteux, de Paris, n'a fait son apparition qu'il y a 2 mois à l'entrée d'un trajet fistuleux ancien.

Voici ce que le malade m'apprend sur ses antécédents. D'une santé très délicate dans sa jeunesse, il eut des maux d'yeux, des engorgements ganglionnaires cervicaux et des bronchites. A l'âge de 11 ans, le genou gauche commença à gonfler peu à peu et à le faire souffrir modérément. Il n'en continua pas moins à marcher pendant un an environ. A 12 ans, un médecin diagnostiqua une tumeur blanche. On lui appliqua pendant 18 mois des appareils plâtrés. Les douleurs cessèrent, le genou s'enroidit et diminua un peu de volume. Mais il restait bosselé, pâteux, surtout du côté interne. Il put marcher péniblement pendant 6 mois. Alors les douleurs reparurent

et le genou redevint plus volumineux. Nouveaux appareils pendant un an. Amélioration. Il reprend la marche, mais au bout de très peu de temps, un abcès se forma au niveau du côté interne du genou. Cet abcès s'ouvrit spontanément et resta fistuleux. On fit dans le trajet un grand nombre d'injections à la teinture d'iode. La fistule se ferma, puis se rouvrit au bout d'un mois. A 15 ans, le genou était à peu près ankylosé, ne présentant plus que de légers mouvements de flexion. L'ankylose complète fut recherchée par l'application d'appareils renouvelés tous les 2 mois. A 18 ans, elle paraissait obtenue. Cependant, le genou restait toujours plus volumineux que celui du côté opposé. Les culs-de-sac étaient pâteux et la fistule se rouvrit de temps en temps donnant issue à un pus grumeleux, quelquefois un peu rougeâtre. Jamais il n'en est sorti de séquestres. Les choses continuèrent ainsi pendant un très grand nombre d'années. Quand le gonflement paraissait augmenter on faisait une application de pointes de feu et on immobilisait dans un appareil ouaté.

Le genou devint tout-à-fait rigide. Il n'y eut plus que quelques douleurs et la suppuration de moins en moins abondante de la fistule à intervalles éloignés.

Il y a peu de temps encore, le malade avait ressenti quelques douleurs au côté interne de sa jointure ankylosée, un peu de rougeur était survenue et il s'était écoulé pendant 8 jours une faible quantité de pus.

La fistule était de nouveau tarie, quand il s'aperçut qu'il se produisait à l'entrée de l'orifice fistuleux une petite saillie dure qui s'ulcéra, grandit rapidement, donnant lieu à une suppuration de mauvaise odeur.

En deux mois, l'ulcération envahit largement la peau et acquit la largeur des deux mains.

A l'examen, je constate que le genou est ankylosé complètement. Tout autour de la rotule immobile, les parties molles sont indurées avec quelques bosselures plus molles. Il existe du côté du membre et surtout de la cuisse une atrophie musculaire des plus marquée, qui permet de sentir facilement le fémur et l'extrémité supérieure du tibia. Je ne constate en aucun point d'épaississement osseux comme on en rencontrerait dans un cas d'ostéomyélite prolongée.

Toute la face interne du genou est recouverte d'une large plaque épithéliomateuse gris rougeâtre saignant au moindre contact, à gros bourgeons indurés. Ses bords sont éversés et durs. A son centre, répondant exactement à l'interligne articulaire, on voit une dépression dans laquelle on peut introduire un stylet à 2 centimètres de profondeur. C'est l'orifice fistuleux envahi par le bourgeonnement épithéliomateux.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire appréciable du côté du triangle de Scarpa ni dans la fosse iliaque.

Le cancroïde remontant jusqu'au 1/4 inférieur de la cuisse, j'ai pratiqué l'amputation sous-trochantérienne de la cuisse. L'opéré est sorti guéri. Je l'ai revu il y a quelques jours, je n'ai pas constaté de récidive jusqu'ici.

Examen de la pièce anatomique :

L'ulcère épithéliomateux existe depuis les 3/4 supérieurs de la jambe jusqu'au 1/4 inférieur de la cuisse sur les faces interne, antérieure et postérieure. Il a la grandeur des deux mains. Sa surface est mamelonnée, grenue, avec des granulations friables de différents volumes. Au centre de cette ulcération, immédiatement au-dessous de la rotule, existe une dépression infundibuliforme, tapissée du même tissu, qui s'enfonce profondément.

Une coupe faite verticalement dans le sens antéro-postérieur, montre que la rotule est soudée au fémur,

En la détachant avec le ciseau et le maillet, on voit sourdre un peu de magma caséux. L'articulation fémoro-tibiale n'existe plus. Il y a fusion des 2 os, sauf en certains points du condyle externe où on voit encore quelques débris fibro-cartilagineux.

Au côté interne de l'interligne, la fistule recouverte d'épithélioma aboutit à la partie interne et inférieure du condyle interne du fémur.

On ne constate aucun séquestre du côté du fémur ni du côté du tibia, ni épaississement périostique au niveau des régions bulbaires de cet os.

Le tissu cellulaire sous-cutané péri-articulaire et poplité est transformé en tissu lardacé.

Sur une grande étendue, le tibia et le fémur ont subi la dégénérescence graisseuse.

L'examen histologique pratiqué par M. le Professeur Curtis et son préparateur M. Gellé a montré que l'ulcération était formée par un épithélioma lobulé avec globes épidermiques, qu'il en était de même du revêtement de la fistule ; de plus, des noyaux de même nature ont été constatés dans le tissu osseux du condyle interne du fémur où aboutissait la fistule.

De nombreuses recherches ont été faites pour rencontrer des lésions nettement tuberculeuses. Sur les morceaux prélevés, on n'a trouvé que des îlots embryonnaires sans cellules géantes et des parties de tissu conjonctif revêtant l'aspect réticulé tel que l'ont décrit dans la tuberculose fibreuse du poumon MM. Champiel et Renant, ainsi que MM. Trevoix et Bard, à propos du lupus tuberculeux. Partout ailleurs le tissu conjonctif était adulte, formé de fibres lamineuses, ce qui n'a rien d'étonnant en raison de l'ancienneté des lésions.

Tel est le fait qui, en raison de sa marche, des constatations anatomiques, ne nous paraît correspondre en aucun point à ce que l'on observe dans

l'ostéomyélite de l'adolescence, qui cadre bien au contraire avec ce que nous savons de l'évolution des tumeurs blanches.

Ici, le cancroïde s'est développé à l'entrée de l'orifice fistuleux plus de 40 ans après le début de la tumeur blanche. Le trajet fistuleux s'était cicatrisé et réouvert un grand nombre de fois. Il était certainement épidermisé en grande partie quand l'épithélioma est apparu.

Je crois pouvoir le considérer comme un fait indubitable de dégénérescence cancroïdale développé au niveau d'un trajet fistuleux de tumeur blanche. Il n'y a d'ailleurs aucune raison pour que l'épithélioma ne se développe pas aussi bien au niveau d'une fistule tuberculeuse ancienne qu'au niveau d'une fistule ostéopathique quelconque.

Retenez de ce qui précède, Messieurs, que toutes les lésions anciennes des téguments, particulièrement celles qui s'accompagnent de cicatrices, peuvent être le point de départ à un certain âge de dégénérescence épithéliomateuse et ne faites pas d'exception pour les lésions tuberculeuses, bien que les faits de ce genre soient très rares.

Clinique chirurgicale infantile

Service de M. le professeur agrégé Gaudier.

Fracture de la mastoïde, otorragie très abondante. Blessure de la veine mastoïdienne. Intervention

par le docteur **A. Debeyre**, Ex-Interne des Hôpitaux.

Dans les fractures isolées de l'apophyse mastoïde, il se produit, par l'oreille, un écoulement de sang abondant : le sang, après s'être accumulé dans la caisse, rompt la membrane du tympan et trouve ainsi une issue par le conduit auditif externe. Mais quelle est l'origine réelle de l'otorragie qui se produit dans cet ordre de fractures ?

Les auteurs émettent à ce sujet des avis bien différents. Les uns l'attribuent simplement à la déchirure de la membrane du tympan ; d'autres en cherchent la cause dans la lésion d'un des vaisseaux qui entourent le rocher, sinus latéral, sinus pétreux supérieur et inférieur, artère méningée ; mais ces cas peuvent constituer des exceptions, et Trélat (1852) a trouvé ces vaisseaux intacts, à l'autopsie, chez des individus qui avaient eu une otorragie persistante.

Renart, et Lach, Panas, Nicaise, Chassaignac, Duplay, Félizet, Tillaux, Chipault, Le Bail, Malsang, Poullet ont rapporté des faits analogues.

Pour tous ces observateurs, la source de ces écoulements de sang se trouve dans la brisure des cellules mastoïdiennes, qui accompagne presque toujours les fractures du rocher et de la mastoïde.

Mais « aucun auteur ne mentionne le point de » moindre résistance créé par le trou et le canal » mastoïdiens ; aucun ne signale le rôle que peut » jouer, dans certains cas (très rares probablement) » la veine mastoïdienne dans la production de l'otor- » ragie ».

Notre confrère et ami, le docteur Descarpentries, interne du service et aide d'anatomie à la Faculté, a fait, sur la veine mastoïdienne, une série de recherches anatomiques intéressantes, pour préciser la situation, l'origine et les rapports de ce vaisseau et de ses affluents. Il s'est efforcé également de mettre en évidence le rôle important que peut jouer cet appareil vasculaire, en pathologie.

L'observation suivante que nous avons eu la bonne fortune de recueillir, prouve le bien fondé de cette cause d'otorragie, dans les fractures de l'apophyse mastoïde.

Le 13 mars, on amenait d'urgence, dans le service de chirurgie infantile de M. le professeur Gaudier, un petit garçon de quatre ans qui venait de tomber d'une fenêtre située au second étage. L'interne de garde, M. Brasseur, l'examina et communiqua l'observation que voici :

L'enfant se présente tout pâle, les yeux fermés, il comprend encore ce qu'on lui dit. L'exploration de la voûte crânienne ne révèle rien de particulier, celle de la base non plus ; il semble cependant que, en pressant derrière l'oreille gauche, l'enfant crie davantage. Les mouvements de la mâchoire ne sont pas douloureux. Il n'y a rien à noter du côté de la face, ni du côté des yeux, les pupilles sont contractées, mais réagissent encore à la lumière. On ne constate pas d'écoulement de sang par les narines. Pendant qu'on l'examine, l'enfant fait quelques efforts de vomissement et rejette du lait caillé. Le toucher digital de l'arrière-gorge ne donne rien de particulier. Il se produit, par le conduit auditif externe gauche, un écoulement sanguin abondant. Pas d'impotence, ni des membres supérieurs, ni des membres inférieurs : nulle trace de fracture. Pas de fracture de côtes. L'examen du bassin n'est pas douloureux. Pas de troubles de la sensibilité. Réflexes normaux. Le pouls est petit et filant. Après avoir pratiqué avec soin la désinfection de l'oreille externe, nous avons fait, à la gaze iodoformée, un tamponnement du conduit auditif externe ; mais, comme l'hémorragie, malgré tout, persistait et ne semblait pas devoir être arrêtée facilement, nous mandons le docteur Debeyre.

Dès notre arrivée à l'hôpital, nous procédons à un examen rapide du petit malade blessé. Son état s'est aggravé : la respiration est stertoreuse, le pouls à peine perceptible ; l'enfant se désintéresse de tout ce qui se passe autour de lui ; l'œil a pris un aspect vitreux. Pas de paralysie, ni de contracture. La paupière supérieure gauche est cependant un peu tombante. L'hémorragie auriculaire n'a pas cessé ; le pansement, assez épais, est complètement imbibé de sang.

Ayant fait raser tout le côté gauche du cuir chevelu, nous trouvons simplement un petit hématome de la dimension d'une pièce de cinq centimes au niveau du pariétal gauche.

L'état de l'enfant est de plus en plus grave ; l'otorragie continue abondante : le petit malade paraît exsangue. Il faut arrêter au plus tôt l'hémorragie. Nous nous décidons à intervenir, en faisant la trépanation de la mastoïde.

Après une incision rétroauriculaire, nous décollons le périoste et nous apercevons aussitôt un trait de fracture, traversant d'arrière en avant le triangle d'élection ; du sang s'écoule par cette fissure et semble venir d'un point plus éloigné postérieurement. Pour agrandir le champ opératoire, nous dirigeons vers la protubérance occipitale externe une incision perpendiculaire à la première. Le périoste, en cette région rétro-mastoïdienne, n'est plus adhérent à l'os, mais soulevé, et, en suivant le trait de fracture, nous voyons la fissure se diriger derrière la mastoïde, vers un orifice vasculaire, qui n'est autre que le trou mastoïdien. L'orifice de cette veine mastoïdienne est divisé en deux parties égales : du sang s'écoule en abondance de ce vaisseau. L'opéré, très pâle, respire à peine, nous faisons cesser le chloroforme et nous bourrons au catgut l'orifice vasculaire. L'hémorragie s'arrête, ainsi que l'otorragie. L'enfant allant mieux, nous faisons reprendre le chloroforme. En nous dirigeant parallèlement à l'os, nous enlevons à la gouge et au maillet, un carré osseux d'un peu plus de un centimètre de côté, nous faisons sauter la crête mastoïdienne. Nous trouvons de petites esquilles osseuses venant de la table interne. Nous découvrons la dure-mère que nous ponctionnons : pas d'hémorragie sous-dure-mérienne. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent excellentes. Déjà quelques heures après, tout phénomène inquiétant avait disparu.

Le petit malade s'est remonté rapidement. Dix jours après cette intervention faite dans les conditions les plus tragiques, puisque l'enfant fut apporté mourant sur la table d'opération, le malade sortait, guéri, de l'hôpital.

Les observations de ce genre sont rares dans la science médicale, nous n'en avons trouvé qu'une seule qui puisse être rapprochée de la nôtre ; c'est celle de Boullet. L'hémorragie veineuse fut très abondante, dans ce cas, et ses caractères auraient pu faire penser à une lésion du sinus latéral, mais « cette lésion était peu probable » ajoute l'auteur. N'était-ce pas, dans ce cas, la veine mastoïdienne qui était blessée, comme le suppose également, dans sa thèse, Descarpentries ?

Il est à retenir aussi que l'otorragie peut être abondante, dans les fractures de la mastoïde. Laugier l'évalue à un litre, dans une de ses observations. Elle peut résister au tamponnement le plus soigneux du conduit auditif externe. Et puis le tamponnement peut être lui-même une source de dangers ; ce n'est qu'un pis-aller. Le sang, décollant de proche en proche le périoste ou la dure-mère, produit bientôt un hématome et des symptômes de compression. Aussi n'avons-nous pas hésité à intervenir, immédiatement, pour arrêter cette hémorragie qui mettait en danger la vie de l'enfant.

Cazenave rapporte un cas de fracture de la mastoïde où l'otorragie fut très abondante et nécessita plusieurs tamponnements ; le lendemain, il y avait une paralysie faciale et le sujet mourait dans le coma.

Dans une observation de Brugirard (*cas de Villemin*) l'hématome considérable décolla le cuir chevelu, sur une grande étendue, jusqu'au milieu du cou.

Dans l'observation de Biante et Léan, rapportée par Malsang, l'otorragie dura deux jours.

Pierre signale un cas de Rochet, où l'écoulement de sang par l'oreille fut très abondant et le malade mourut, dans le coma, quatre heures après.

Nous devons conclure que l'otorragie qui accompagne les fractures de la mastoïde peut nécessiter une intervention urgente.

Descarpentries est de notre avis, dans sa thèse : « Lorsqu'aux signes de la fracture, écrit-il, et à » l'otorragie s'ajoutent des symptômes de compres- » sion cérébrale ou cérébelleuse, il faut vérifier l'état » de la veine mastoïdienne, tout comme il est indiqué » dans certains cas, d'aller vérifier l'état de la ménin- » gée moyenne ou d'un sinus ».

BIBLIOGRAPHIE

Trélat. — Société anatomique, 1852.

Renart et Lach. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1869.

Panas. — Société de chirurgie, 1869.

Nicaise — De l'otorragie traumatique, *Gazette médicale de Paris*, 1874.

Duplay. — *Progrès médical*, 1876, et *Confér. de clin. chir.*, 1877-78.

Tillaux. — *Journal de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1898.

Le Bail. — Thèse Paris, 1873.

Malsang. — Otorragies traumatiques. Thèse Paris, 1902.

Boullet. — Thèse Paris, 1878

DESCARPENTRIES. — Thèse Lille, 1905.
CAZENAVE. — *Bull. Soc. anat.* Paris, 1891.
BRUGIRARD. — Bénignité relative des fractures du crâne chez l'enfant. Paris, 1901, n° 295.
BIANTE et LÉAN. — *Gazette des hôpitaux*, 1874.
PIERRE. — Diagnostic clinique des épanchements sanguins intracrâniens d'origine traumatique. Leur traitement par la trépanation. Lyon, 1900, n° 61.

Consultations Médico-Chirurgicales

Péricardite

Professeur-agrégé PATOIR.

INFORMATIONS CLINIQUES. — I. Au cours d'un rhumatisme articulaire aigu de marche normale, le malade, le plus souvent un enfant ou un jeune homme, est pris d'une douleur plus ou moins intense, soit localisée à la région précordiale, soit irradiant vers les épaules ou le sternum, aux points dits du phrénique. Quelquefois profonde et simulant l'angor pectoris, elle s'accompagne d'anxiété précordiale, d'oppressions, de palpitations et plus rarement d'un état syncopal, de hoquet, de vomissements, de dysphagie. En même temps la fièvre a monté. A l'examen, on constate que le choc du cœur est plus marqué et le pouls vibrant, indices de l'éréthisme cardiaque, l'auscultation fait entendre un bruit de frottement caractéristique, presque pathognomonique de la péricardite sèche.

Mais, le plus souvent, à l'oppression du début succède une véritable dyspnée, le pouls devient plus fréquent et petit et parfois il existe une tendance à la cyanose, des œdèmes, des congestions viscérales, en un mot des signes d'hyposystolie ou d'asystolie, indice de la grave atteinte portée au cœur. Déjà, en examinant le thorax du malade, on a constaté qu'il existe de la voussure thoracique à gauche, la disparition du choc de la pointe, une augmentation de la matité précordiale de forme particulière, en encoche de Sibson, enfin la disparition du frottement et l'assourdissement des bruits du cœur ; tous ces signes sont confirmés d'une façon directe, par un examen radioscopique, toujours utile quand il est possible. La péricardite avec épanchement est dès lors constituée et, sa nature mise à part, son abondance peut être telle que, par compression, soit du cœur lui-même, soit des veines coronaires, il fait courir, ipso facto, un danger de mort au malade. Au bout d'un temps variable la maladie entre dans la troisième phase, celle de régression : les phénomènes généraux s'amendent, la fièvre tombe, le cœur reprend ses fonctions et, l'épanchement résorbé, des frottements peuvent réapparaître, la péricardite est redevenue sèche, et elle peut évoluer soit vers la guérison complète, soit vers la chronicité.

II. Un malade est atteint d'érysipèle, d'infection puerpérale, de pneumonie, de gangrène pulmonaire ou encore de tuberculose ; il est débilité par l'affection antérieure. Il peut, à un moment donné, outre les phénomènes généraux dépendant de la maladie en cours, présenter rapidement des signes de collapsus cardiaque (dyspnée, syncope, cyanose, petitesse du pouls, asystolie grave : l'examen de la région cardiaque révèle un épanchement dans le péricarde : il s'agit *d'une péricardite purulente*, dont le diagnostic sera confirmé par une ponction exploratrice. Fréquemment elle passera inaperçue, soit parce que les symptômes propres à la péricardite se confondront avec les autres manifestations de l'infection générale, soit parce qu'elle aura déterminé une mort rapide et quelquefois subite.

III. Au cours d'une infection hémorrhagipare, la variole hémorrhagique par exemple, surviendra une asystolie tellement rapide, quelquefois si foudroyante qu'à peine permettra-t-elle de soupçonner la *péricardite hémorrhagique* qui vient de se produire.

D'autre fois, un malade tuberculeux présentera tous les signes d'un épanchement péricardique avec un état général moyennement grave : la ponction exploratrice seule révèlera la nature hémorrhagique de cet épanchement. Il en pourra être de même chez les cancéreux, les brightiques, les cardiaques, les alcooliques, les vieillards.

IV. Enfin, consécutivement à une péricardite aiguë, en même temps que les phénomènes généraux s'amendent, on notera une persistance des signes physiques avec des oscillations dans la quantité de l'épanchement qui à la longue pourra disparaître laissant les exsudats non résorbés s'organiser lentement, multipliant les adhérences entre les deux feuillets de la séreuse et aboutissent le plus souvent à la symphyse cardiaque et à la dégénérescence du myocarde. Cette *péricardite chronique* d'origine souvent tuberculeuse, peut s'installer d'emblée, du moins en apparence et rester méconnue pendant longtemps. Dans ces cas ce n'est qu'au moment où la symphyse est organisée et que l'asystolie commence que le médecin est appelé à voir le malade.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Il est admis aujourd'hui que la péricardite est toujours, sauf exception très rare et discutable, fonction soit d'une infection aiguë ou chronique, soit d'une intoxication. De cette notion découle naturellement l'indication de combattre l'infection ou l'intoxication, c'est-à-dire d'instituer un traitement préventif. Or, cette indication théoriquement

fort simple donne, sauf en ce qui concerne le rhumatisme articulaire aigu, en pratique peu de résultats ; dans bien des cas, en effet, quand une maladie, infection puerpérale, pneumonie, etc., est en évolution, il ne paraît pas possible de prévoir et d'empêcher l'apparition d'une péricardite.

La thérapeutique de la péricardite devra donc surtout répondre à des indications symptomatiques.

TRAITEMENT. — Ardu est le traitement de la péricardite ; aussi ne peut-on faire trop tôt le diagnostic, qui décidera le commencement du traitement.

TRAITEMENT PRÉVENTIF. — Etant donné la grande part qui revient au rhumatisme articulaire aigu dans l'étiologie de la péricardite, il y a lieu d'envisager un traitement préventif qui n'est autre que celui du rhumatisme lui-même. On emploiera l'**acide salicylique** sous toutes les formes et avec toutes les variantes que comporte la pharmacopée contemporaine : Salicylate de soude, salophène, salicylate de méthyle, ulmarène, salipyrine, aspirine, etc.

Diminuer la durée et l'intensité d'un rhumatisme, c'est, si l'on s'en rapporte aux lois de Bouillaud, diminuer les chances de péricardite. Nous sommes loin d'avoir les mêmes moyens d'action sur les autres infections ; on luttera de son mieux contre elles par des moyens propres à chacune. Le traitement préventif devient un véritable traitement curatif dans les cas, d'ailleurs assez rares, où la *péricardite rhumatismale* est la manifestation initiale ou unique d'un rhumatisme.

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE. — Il doit répondre à deux indications générales : combattre l'inflammation du péricarde et les conséquences qui en découlent, soutenir le cœur.

A. Combattre l'inflammation. — Elle répondra à cette première indication par les moyens suivants :

AU DÉBUT. — Au début d'une péricardite aiguë, quand elle est encore sèche, on aura surtout recours aux moyens externes : La **saignée locale** sous forme de ventouses scarifiées, de sangsues a donné d'excellents résultats et tous les auteurs sont d'accord pour la recommander à cette première période ; la **révulsion** par les pointes de feu agit également fort bien sinon pour lutter directement contre la péricardite, du moins pour calmer la douleur et la dyspnée du début ; l'emploi *du froid* sous forme de sachets de glace préconisé par les Allemands a donné aussi de bons résultats contre ces accidents pénibles. Quant aux *vésicatoires*, ils ont de nombreux adversaires ; en tous cas, si on y a recours, on les emploiera de petite dimension. — Si le point de côté très violent, si la dyspnée et l'angoisse sont très marquées, on pourra avoir recours, dans la mesure où l'état du cœur le permet, aux *opiacés* et aux piqûres de morphine.

Sauf indications relevant de l'état du cœur, le traitement médicamenteux de la péricardite aiguë n'existe pas. — Toutefois, on cite encore, par habitude, le nitrate de potasse, les mercuriaux, le tartre stibié, et en général les diurétiques et les purgatifs. On peut y joindre l'acide salicylique. Il faut dire que ces médicaments dont l'efficacité est douteuse ne sont pas toujours sans danger si on les emploie à haute dose comme on l'a conseillé pour le tartre stibié.

A LA PÉRIODE D'ÉPANCHEMENT. — Quand la péricardite aiguë arrive à la période de l'épanchement, on continuera l'usage des moyens que nous venons d'indiquer et si la phlegmasie n'est pas trop intense, on pourra, avec un traitement purement médical, assister à la résorption de l'épanchement et à la disparition de la péricardite. Mais il arrive que l'épanchement devient si abondant qu'il crée un danger immédiat et qu'il pose d'urgence la question de la paracentèse du péricarde.

Paracentèse du péricarde. — Cette opération, qui fut loin d'être inoffensive au temps où on la pratiquait par incision et sans précautions d'antisepsie, est devenue aujourd'hui une opération facile et peu dangereuse si l'on veut bien en suivre les règles. Elle est loin, d'ailleurs, d'être passée dans les habitudes médicales courantes, comme la thoracentèse.

Quand doit-on la faire ? — L'indication d'urgence est fournie par la présence bien constatée d'un épanchement abondant qui s'accompagne d'affaiblissement du cœur avec petitesse et irrégularités du pouls, oppression, cyanose, suffocation, syncopes, etc., en un mot, des signes de collapsus cardiaque. On comprend qu'ainsi imposée par les circonstances, et le diagnostic d'épanchement ne laissant pas de doute, la paracentèse du péricarde ne comporte aucune contre-indication : pris entre la nécessité de faire une ponction du péricarde et la quasi certitude de voir mourir le malade, il n'y a pas à hésiter. Il y a même intérêt à ne pas attendre les signes de défaillance cardiaque pour intervenir, l'on doit vider le péricarde dès que l'épanchement est susceptible de faire courir un danger au malade, c'est-à-dire lorsqu'il atteint et dépasse 400 gr. La radioscopie, on le comprend, sera ici d'un puissant secours. Dans ces conditions, la paracentèse du péricarde n'est plus une opération d'urgence et on peut en discuter les indications dont les principales resteront l'état antérieur connu ou supposé du muscle cardiaque chez le malade (alcoolique, obèse, ancien cardiaque, vieillard, etc.) et son état actuel.

Comment doit-on la faire ? Quoi qu'il en soit, l'opération décidée, on procèdera de la façon suivante :

a) *Choix de l'endroit.* — La plupart des auteurs indiquent le cinquième espace intercostal à environ 6 centimètres du bord gauche du sternum, quelques-uns le sixième espace. Rendu, enfin, conseille le sixième, septième, ou huitième espace, en dehors de la ligne mammaire ; quel que soit l'espace choisi, on restera dans les limites de la matité absolue et on évitera ainsi de blesser le cœur puisque l'endroit indiqué est au dessous et en dehors de la pointe du cœur.

Ponction exploratrice préliminaire. — La stérilisation parfaite d'une seringue de Pravaz et de l'appareil que l'on emploiera, l'antisepsie préalable de la peau du thorax et celle des mains de l'opérateur étant assurées, on pratique une ponction exploratrice en enfonçant d'abord l'aiguille de deux centimètres environ et en faisant alors un vide partiel dans la seringue. Si l'on n'obtient pas de liquide, continuer à enfoncer doucement l'aiguille en maintenant le vide. Dès que l'aiguille a pénétré dans le péricarde s'il y a du liquide, il se précipite dans la seringue et on complète alors l'aspiration.

e) Epanchement séro-fibrineux. — *Paracentèse proprement dite.* — Le liquide et sa nature séro-fibrineuse constatés, l'appareil Potain, armé d'un *fin trocart* plutôt que d'une aiguille, préparé d'avance, *le vide* fait, sans désemparer — car on a toute raison d'aller vite — on fait la ponction. A ce moment, comme au moment de la ponction exploratrice précédente, le malade sera couché sur le dos, le haut du corps un peu élevé.

Il faut, après avoir limité avec le doigt la course du trocart, l'enfoncer d'un coup net à 2 centimètres environ de profondeur, puis le pousser lentement et lorsqu'on croit l'avoir enfoncé suffisamment, donnée fournie par la ponction exploratrice, on établit la communication avec l'appareil aspirateur. Quand l'écoulement cesse spontanément, on conserve le vide dans l'appareil et on retire rapidement le trocart, en maintenant avec deux doigts la peau du thorax. Puis on applique un pansement occlusif, on évite de secouer le malade et on lui administre un léger tonique.

Nous ne parlons que pour mémoire et pour les déconseiller des injections modificatrices dans le péricarde : elles sont inutiles ou nuisibles.

Quels accidents et complications sont à prévoir? — Sans compter les petits accidents qui peuvent accompagner toute ponction, il faut craindre les suivants :

Au moment de la ponction. — La blessure de la mammaire interne sera évitée, sauf anomalies, en suivant exactement les règles tracées pour le choix du siège de la ponction.

La possibilité de la blessure du cœur, qui peut être d'une extrême gravité et amène une hémorragie intra-péricardique mortelle, a entraîné beaucoup d'opérateurs à remplacer l'aiguille par le trocart. En effet, le plus souvent ce n'est pas l'instrument qui va perforer le cœur au moment de la pénétration, c'est le cœur qui vient lui-même s'enferrer quand, en raison de la diminution du liquide, il tend à reprendre contact avec la paroi thoracique : de là l'innocuité relative du trocart. Aussi malgré son maniement moins commode a-t-il été préféré à l'aiguille. De toute façon pour éviter la blessure du cœur il faut, au moment de la ponction, suivre le trajet indiqué par l'aiguille de la seringue de Pravaz, qui, elle, est inoffensive ; pendant l'écoulement tenir le trocart ou l'aiguille de façon si légère que le cœur n'y trouve pas un obstacle rigide mais ne rencontre qu'une tige qui suivra ses mouvements ; enfin, une fois l'instrument introduit, le « redresser de façon à ce que sa direction soit aussi parallèle que possible à celle du cœur ».

La syncope sera prévenue par l'administration préalable de toniques cardiaques ; on en surveillera les prodromes : angoisse et suffocations subites, pâleur, éblouissements, etc., et on la combattra enfin, si elle se produit, par tous les moyens en usage.

Après la ponction. — La transformation purulente du liquide péricardique est une complication qui dépend, en grande partie, de l'opérateur et qu'il peut le plus souvent éviter. Plus indépendant de nous, moins évitable est l'ensemencement du poumon et de la plèvre par le liquide péricardique au moment du retrait de l'instrument. La ponction aux endroits indiqués par la matité absolue, le maintien du vide au moment du retrait permettront d'une part d'éviter une languette pulmonaire et si l'aiguille a traversé un cul-de sac pleural, de réduire au minimum les risques de pneumonie, de pleurésie purulente et même d'infection de la peau.

La possibilité d'accidents, tels que la blessure du cœur ou d'une artère importante, d'une syncope, font un devoir à l'opérateur de **ne jamais intervenir seul**.

A LA PÉRIODE D'ASSÈCHEMENT. — Enfin, le liquide résorbé ou évacué, la péricardite s'achemine vers la troisième phase qui est celle de la disparition ou de l'organisation des exsudats. A cette phase, la révulsion par les **pointes de feu**, les petits **vésicatoires**, est tout indiquée.

Epanchement purulent. — Nous avons envisagé le cas où l'épanchemen; est séro-fibrineux. Quand il est purulent ou bien on tentera des ponctions répétées suivies ou non de lavages de la séreuse, ou bien plus logiquement, si l'on considère l'analogie qu'offrent entre eux les épanchements pleuraux et péricardiques, on conseillera une intervention plus complète : l'**incision avec drainage**, mais cette opération est du ressort de la

chirurgie plus que de la médecine et nous ne nous y arrêterons pas.

Épanchement hémorrhagique. — Vis-à-vis des épanchements hémorrhagiques, l'intervention à conseiller dépendra de la maladie causale. Quand il s'agit d'une péricardite hémorrhagique aiguë avec phénomènes généraux graves, il semble qu'on ait obtenu de meilleurs résultats de l'incision que de la ponction.

Si l'épanchement est d'origine tuberculeuse, on commencera par la ponction ; mais il se peut qu'à un moment donné l'épaississement des néo-membranes rende la ponction impraticable : **l'incision et le drainage** seront alors indiqués et pourront prolonger la vie du malade dans des proportions inespérées : il persiste souvent, dans ces cas, une fistule péricardique.

Inutile de dire que dans les cas de péricardite cancéreuse, l'évacuation du liquide par ponction ne peut apporter qu'un soulagement momentané au malade.

Péricardite chronique. — Dans la péricardite chronique, quelle que soit son origine, outre la ponction quand elle est indiquée, la médication, souvent impuissante, d'ailleurs, consistera presque tout entière dans la **révulsion** fréquemment renouvelée.

B. Soutenir le cœur. — Ayant ainsi lutté contre l'élément phlegmasique et l'épanchement qui en résulte, il nous reste à parer à la seconde indication générale, soutenir le cœur.

Au début. — Tout-à-fait au début de la péricardite, on peut constater de l'éréthisme cardiaque indiqué par les palpitations, la violence du choc cardiaque et du pouls. Les calmants, bromure, opium, **morphine**, sont tout indiqués, tandis que les médicaments cardiaques proprement dits, caféine, digitale, etc., sont contre-indiqués.

Mais cet éréthisme n'est souvent que très passager et ce qu'il faut craindre surtout c'est l'asthénie cardiaque. Elle peut s'observer dans toutes les formes de péricardite, mais c'est surtout dans les formes purulentes et hémorrhagiques qu'elle s'observe au maximum. La **digitale** sera donnée tout d'abord, soit sous forme d'une infusion de feuilles fraîchement pulvérisées, soit sous forme de digitaline cristallisée. Si elle était mal tolérée ou ne donnait pas de résultats, on lui substituerait la **caféine** en injections. Le **strophantus**, la **spartéine**, la **théobromine** peuvent suppléer la digitale et la caféine qu'on essaiera tout d'abord : on a vu des malades chez lesquels on n'obtenait de résultats qu'avec un médicament et après des essais négatifs avec les autres. Un état général mauvais, la dépression des forces, les tendances à la syncope indiquent les **toniques**, les stimulants diffusibles, quinquina, acétate d'ammoniaque, alcool, etc., les injections d'éther.

L'examen de chaque organe pourra fournir des indications trop multiples et trop variables pour que nous puissions les énumérer toutes.

Le **repos absolu** sera de rigueur dans les formes aiguës ; un repos relatif dans les formes chroniques

Quant à l'alimentation, il nous paraît impossible d'en donner une formule générale dans des états si dissemblables. Si l'on peut dire que les formes aiguës indiquent, pour la plupart, la **diète lactée**, on se rend compte que la péricardite tuberculeuse, cancéreuse, ou encore scorbutique, comporte une diététique particulière. La **déchloruration** systématique sera particulièrement recommandée dans la péricardite brightique.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Déformation de la ligne du nez. Evaluation du préjudice causé.

En commentant (*Echo médical du Nord*, 1903, VII, 431), un jugement par lequel un tribunal avait fixé à 800 francs le montant du préjudice causé à un individu auquel son adversaire, au cours d'une rixe, avait fracturé l'os du nez, nous nous demandions si cette estimation était suffisante ou exagérée. Et nous étions réduit à conclure « qu'il y avait là une de ces questions auxquelles il est impossible de répondre *a priori*, et pour la solution de laquelle il faut tenir compte d'éléments multiples tels que le sexe, l'âge, la position sociale de la victime, etc. »

Un jugement récent du tribunal civil de la Seine vient de consacrer ces idées. A la suite d'une collision survenue, le jour de la Mi-Carême, entre un omnibus et un tramway, des voyageurs avaient été blessés, parmi lesquels Mlle Marcelle Rousseau, jeune modèle d'une vingtaine d'années. Mlle Rousseau, atteinte à la tempe et au nez, fit constater et plaider qu'il était résulté pour elle de l'accident « une déformation de la ligne du nez » d'où un préjudice considérable dans l'exercice de sa profession de modèle. Et le tribunal convaincu, lui a accordé 3.000 francs d'indemnité. — 800 francs pour une *fracture de l'os* du nez, 3.000 francs pour une *simple déformation de la ligne* du nez ! Evidemment, la différence entre ces deux évaluations ne se peut expliquer qu'en supposant que la justice a mis dans ses balances « le sexe, l'âge et la position sociale des victimes. »

J. J.

ALCOOLIA

Alcool et Criminalité

D'un intéressant travail publié par le *Zeitschrift für Socialwissenschaft*, nous extrayons les curieuses statistiques suivantes :

De 380 crimes et délits commis dans l'espace d'une semaine, une observation a donné la répartition suivante :

165 soit 43 p. 100 ont été commis le dimanche.
68 soit 18,1 p. 100 ont été commis le lundi.
62 soit 16,3 p. 100 ont été commis le samedi.
Et 85 soit 22.6 p. 100 ont été commis pendant les quatre autres jours de la semaine.

Autre observation :

Sur un total de 261 délits (coups et blessures), ont été relevés :

124 soit 47 p. 100 le dimanche.
54 soit 20 p. 100 le lundi.
20 soit 8 p. 100 le samedi.
Et 63 soit 25 p. 100 pendant les quatre autres jours de la semaine.

A noter que sur ces 261 délits, 196, soit les trois quarts furent commis dans des cafés ou auberges après 6 heures du soir, c'est-à-dire, incontestablement, sous l'influence de la boisson.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Dans la liste des candidats nommés élèves **à l'école du service de santé militaire de Lyon,** nous relevons avec satisfaction, le nom de M. Cheneby reçu ,avec le n° 44,élève de notre faculté de médecine.

Notre Carnet

— Le 28 août ont eu lieu à Gouzeaucourt (Nord) les cérémonies du mariage de M. le docteur Eugène Fiatte, d'Epchy (Somme) avec Mademoiselle Lucie Herbaux. Nous adressons nos meilleurs félicitations et souhaits de bonheur à notre jeune confrère et à sa jeune femme.

Nécrologie

M. Léonard DANEL

M. Léonard Danel est mort le dimanche 1er octobre, en sa propriété de Loos, à l'âge de 87 ans.

M. Léonard Danel n'a pas été seulement, pendant de longues années, le bienfaiteur de nombreuses infortunes ; nul n'a fait plus que lui pour les œuvres d'assistance et d'hygiène sociale. Il avait, dans ces derniers temps, pris, dans notre région, la part la plus importante à la lutte contre la mortalité infantile, par la création des *Consultations de nourrissons* aux *mines de Lens*, par la fondation de la *Société Lilloise de protection des enfants du premier âge*, qu'il avait généreusement dotée, par la création toute récente, dans les communes d'Haubourdin et de Loos, d'une *Goutte de Lait*, qui aura été sa dernière œuvre et sa dernière pensée. Il avait, aussi, largement donné à bien d'autres organisations charitables ou à des institutions scientifiques telles que le *Bureau de Bienfaisance de Lille*, l'*Administration des Hospices*, la *Société de Secours aux blessés militaires*, la *Ligue du Nord contre la Tuberculose*, l'*Institut Pasteur*, etc., et nous ne saurions oublier que son nom est inscrit sur la liste des bienfaiteurs de l'*Association de prévoyance et de Secours mutuels des médecins du département du Nord*.

Ancien élève de l'Université, M. Danel lui avait gardé une reconnaissance et une affection qu'il se plaisait à rappeler. Cette année même, il avait témoigné de l'intérêt qu'il portait aux élèves de l'Université de Lille en participant, par un don magnifique, à l'édification de la « Maison des Etudiants ».

Aussi la disparition de cet homme de grand cœur et de haute intelligence a-t-elle été vivement ressentie par tous ceux qui s'intéressent aux malheureux et par l'Université.

A ses funérailles, qui ont eu lieu mercredi 4 octobre, au milieu d'une affluence considérable, l'Université était représentée par tous les membres du Conseil de l'Université présents à Lille, par de nombreux professeurs et par une délégation de l'Union des Etudiants avec son drapeau.

Nous saluons avec une respectueuse émotion, le grand vieillard qui vient de disparaître, après avoir semé les bienfaits sur sa route, et nous prions sa famille d'agréer l'expression de nos profonds regrets et de nos bien sincères condoléances. La Rédaction.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Bagnol, de Saint-Saturnin-lès-Apt (Vaucluse) ; Isaac, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Philbert, de Brides-les-Bains (Savoie); Pichez, de Paris ; Picaud, de Nontron (Dordogne).

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de M. P. Brouardel, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et de M. A. Gilbert, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Broussais.

L'accueil que le public médical français et étranger a fait au Traité de médecine de MM. Brouardel et Gilbert a été tel qu'à peine le dernier volume paru, une nouvelle édition s'imposait.

Encouragés par un si grand succès, directeurs et éditeurs ont tenu à faire un nouvel effort pour répondre à la bienveillance qui leur avait été témoignée.

Le nouveau Traité de médecine n'est pas seulement nouveau par le titre, il l'est encore par la forme et le fond.

Laissant aux dictionnaires et aux traités du temps jadis la forme antique de lourds volumes incommodes à consulter, encore plus à lire, le Nouveau Traité paraît en fascicules séparés, entièrement distincts, ayant chacun leur titre, leur pagination propre, leur table des matières. Chaque fascicule se vend séparément et forme un tout complet, réunissant les maladies qui constituent des groupes naturels : voilà une innovation heureuse, qui est réalisée pour la première fois, en France du moins.

Beaucoup d'articles qui n'existaient pas, beaucoup d'auteurs nouveaux, tous les articles refondus entièrement et souvent développés, voilà ce qui permet de dire que le fond aussi est nouveau.

Citons :

Maladies microbiennes, par Paul CARNOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Tuberculose, par MOSNY et BERNARD, médecins des hôpitaux ; Scrofulose, par P. GALLOIS ; Ankylostomoses, Vers intestinaux, par GUIARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Psittacoses, par GILBERT et FOURNIER ; Trypanosomiase, par LAVERAN, membre de l'Institut ; Cancer, par MÉNÉTRIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Maladies de la nutrition, par RICHARDIÈRE et SICARD, médecins des hôpitaux ; Maladies du corps thyroïde, Pathologie de la moelle osseuse, par VAQUEZ, etc.

Enfin, grâce à sa forme, le Nouveau Traité pourra paraître très rapidement, à raison de 2 fascicules par mois.

Les trois premiers fascicules sont en vente.

Maladies microbiennes en général, par Paul CARNOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, 1905, 1 vol. grand in-8, 232 pages et 54 figures.

Anatomie et Physiologie comparées du microbe et de la cellule organique. — Etiologie générale des infections. — Hétéro et auto-infections. — Pathogénie générale des infections. — La lutte cytomicrobienne. — L'immunité. — La virulence. — Anatomie pathologique générale des infections. — Séméiologie générale des infections. — Evolution générale des infections. — Diagnostic et pronostic généraux des infections. — Bactério-diagnostic. — Toxino-diagnostic. — Cyto-diagnostic. — Séro-diagnostic. — Thérapeutique générale des infections. — Vaccinations. — Sérothérapie. — Méthodes thérapeutiques anti-infectieuses.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

39e SEMAINE DU 24 AU 30 SEPTEMBRE 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	4
3 mois à un an	3	5
1 an à 2 ans	1	»
2 à 5 ans	»	3
5 à 20 ans	1	2
20 à 60 ans	14	10
60 ans et au-dessus	8	9
Total	34	33

Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	5	8	19	27	5	19	7	6	12	3	12	123
TOTAL des DÉCÈS	6	5	15	6	3	10	9	3	6	1	1	65
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Autres causes de décès	2	3	4	3	1	3	6	2	»	»	1	25
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	»	3	»	1	3	»	»	2	»	»	9
Maladies organiques du cœur	»	»	1	1	»	1	»	»	1	»	»	4
Bronchite	1	»	»	1	»	1	1	»	»	»	»	4
Apoplexie cérébrale	»	1	»	»	»	1	»	»	1	»	»	3
Cancer	»	1	1	»	»	»	»	»	»	1	»	3
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	3
Méningite tuberculeuse	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Bronchite et pneumonie	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Grippe	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	2
Tuberculose pulmonaire	2	»	2	»	1	1	1	»	1	»	»	8
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 457. Neuvième Année. N° 42 Le Numéro : 10 centimes 15 Octobre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Avortement spontané ou provoqué ? Etude médico-légale

par le docteur **Patoir**, professeur-agrégé,
chef des travaux pratiques de médecine légale
à la faculté de médecine de Lille.

L'avortement dont nous allons relater les circonstances présente certaines particularités qui nous ont paru mériter une discussion, d'autant plus que l'une d'elles, *la blessure du fœtus*, se présente rarement au cours de l'avortement et qu'elle a pris, en l'espèce, une importance capitale, puisqu'elle nous a permis d'aboutir à des conclusions formelles.

I. — OBSERVATION

La nommée S..., trente-cinq ans, ménagère, est entrée le 19 septembre 1904 dans le service de M. le professeur Gaulard, suppléé par M. Oui, professeur-adjoint (1).

(1) Nous tenons à remercier M. Oui et pour son amabilité et pour les conseils si compétents qu'il nous a donnés pour la rédaction de la partie obstétricale de ce travail.

Voici le récit qu'elle fait à l'interne de service :

La *grossesse actuelle* remonte à quatre mois et demi ou cinq mois, les dernières règles étant apparues vers le milieu d'avril. Pénible dès le début, cette grossesse lui a occasionné de continuelles douleurs et un écoulement presque permanent de mucosités verdâtres. Cinq semaines avant son entrée dans le service, après une course en voiture, la malade a eu une syncope suivie d'une métrorrhagie. Le médecin qui la vit alors la mit au repos et lui fit prendre des injections ; mais l'écoulement de sang, bien que faible, n'a pas cessé depuis lors.

Le 15 septembre la malade commença à éprouver des douleurs ; le 16, à dix heures du soir, elle eut une hémorrhagie abondante ; le même jour, à minuit, les membranes se rompirent spontanément et dès ce moment les mouvements de l'enfant cessèrent d'être perçus. Le 17, une nouvelle hémorrhagie avec caillots nombreux se produisit ; les douleurs étaient peu intenses. Le 18, à dix heures du soir, un médecin appelé constata que la malade avait 39°3 et l'envoya à l'hôpital.

Il n'y a rien à retenir des *antécédents héréditaires* de la femme S.... Quant à ses *antécédents personnels*, elle déclare avoir marché à dix-sept mois, avoir une santé généralement bonne et une menstruation régulière. Elle a subi, il y a sept ans, une hysteropexie. Elle eut une première grossesse qui remonte à trois ans et qui s'est terminée au bout de sept semaines par une fausse couche dont la cause lui est inconnue. La seconde grossesse, menée à terme, a pris fin, il y a neuf mois, par l'extraction au forceps d'un enfant mort mais d'apparence robuste et sans anomalie apparente.

Elle n'a pas eu, à sa connaissance, d'accidents

syphilitiques et il n'en existe actuellement aucune trace.

Etat actuel. — Elle entre le 19 septembre, à une h. du matin, dans un état d'affaiblissement très marqué.

L'interne constate les particularités suivantes :

Les parties génitales exhalent une odeur repoussante; des caillots noirâtres sortent de la vulve. L'utérus est très dur, contracturé et donne la sensation d'un globe ligneux : il atteint l'ombilic. Pas de physométrie.

Au toucher, le col est dur, non dilatable; son ouverture atteint la largeur d'une pièce de deux francs. Le doigt introduit dans l'orifice est arrêté par une masse épaisse et molle à travers laquelle on a la sensation vague d'un corps dur (la tête fœtale?) Il est impossible de se rendre un compte exact de ce qu'on sent.

Le bassin est normal.

La malade à ce moment n'a plus de douleurs. On donne de suite une injection très chaude.

A deux heures du matin, hémorrhagie ; nouvelle injection.

A huit heures, *issue de matières abondantes formant un amas assez volumineux, constitué par une substance semi-liquide, blanc rosé, semblable à de la charcuterie hâchée et d'odeur fétide*. L'examen de cette matière fait sur le moment même par l'interne et refait plus tard par M. Oui montre qu'il s'agit de *matière cérébrale en putréfaction*.

Au toucher, rien de nouveau, sauf que le doigt ramène une anse de cordon verdâtre. Nouvelle injection chaude : réapparition des douleurs qui n'amènent pas de changement.

A onze heures du matin, la tête sort de la vulve ; elle est toute déformée ; le crâne est très aplati, et semble complètement vide. La tête ne tient plus au tronc que par la colonne vertébrale, dont on aperçoit à nu les cartilages : toute la partie antérieure du cou, comprenant les parties molles jusqu'aux vertèbres, s'est déchirée et détachée du thorax. Dès que la tête s'est dégagée complètement de l'anneau vulvaire, livrée à son propre poids, elle se décolle complètement du tronc, laissant adhérente à ce dernier la colonne vertébrale tout entière plus une partie de l'occipital qui reste attachée aux vertèbres.

Ces constatations faites très rapidement et *grosso modo* au moment de l'expulsion ont été vérifiées par l'examen ultérieur du fœtus.

On saisit un bras pour le défléchir : tout le membre, y compris le scapulum, se détache sans effort.

L'expulsion du fœtus privé de la tête et de son membre supérieur droit se fait ensuite normalement et spontanément.

La délivrance est faite immédiatement sous chloroforme par M. Oui ; elle est artificielle et suivie de grandes injections intrautérines. Le placenta est venu par lambeaux ; ils pèse environ 150 grammes,

Les suites de cet accouchement ont été bonnes : l'accouchée, qui a 38°8 le 19 au matin, n'a plus que 37°4 le soir ; le lendemain et les jours suivants, sa température, normale le matin, atteint à peine 38° le soir et dès le 27 septembre ne dépasse plus 37°. Elle sort le 29 en bon état.

Les constatations sommaires faites sur le fœtus immédiatement après la délivrance sont les suivantes : le fœtus est en état de putréfaction ; la tête, le cou, les épaules et la partie supérieure du dos paraissent putréfiés davantage que le reste du corps et notamment que la partie inférieure du tronc et les membres inférieurs qui ne présentent que quelques phlyctènes disséminées.

En examinant la tête aplatie et déformée on s'aperçoit qu'il existe au sommet du crâne *un orifice semi-circulaire en forme de croissant* à bords un peu irréguliers et décollés. Sa longueur est de un centimètre à peine et sa largeur maximum n'atteint pas un demi-centimètre.

Ajoutons qu'en dehors de la tentative de déflexion du bras faite après le décollement de la tête, *aucune manœuvre obstétricale n'a été tentée* au cours de cet avortement.

Tels sont les renseignements qui nous sont obligeamment fournis par M. Oui au moment où il nous remet le fœtus, immergé dans une solution de formol à 40 p. 1.000.

II. — EXAMEN DU FŒTUS

Il s'agit d'un fœtus du sexe masculin : les organes génitaux, verge et scrotum, sont très apparents.

Longueur totale du fœtus : 27 centimètres environ ; poids : 500 grammes ; les membres pelviens sont plus longs que les membres thoraciques ; ongles bien formés surtout aux mains, mais peu consistants ; duvet très net sur le cuir chevelu ; à noter, comme point d'ossification, au pubis, un point très net ; au calcarium un point moins visible. Le point supérieur du sternum n'existe pas encore ;

Le vésicule biliaire est visible et est imprégnée d'une teinte jaunâtre (mucus) ; il y a un peu de méconium vers la région cœcale.

De ces constatations il ressort que *le fœtus est âgé de cinq mois environ*.

L'état du fœtus est le suivant :

La tête écrasée et toute la partie antérieure du cou avec la langue, le larynx, une partie de la trachée, et le pharynx, sont séparées du tronc ; à celui-ci sont restés adhérents toute la colonne vertébrale et les muscles de la nuque ; une partie de l'occipital a été détachée du crâne en même temps que les vertèbres cervicales et crée ainsi une large ouverture à la partie inférieure de la boîte cranienne.

L'arrachement du membre supérieur droit emportant l'omoplate, la clavicule et les parties molles avoisinantes, laisse la partie supérieure du thorax largement ouverte à gauche. Par cet hiatus, complété par le décollement de la tête, les deux lobes du poumon droit ont fait hernie, chassés par l'aplatissement du thorax lors de l'expulsion.

A. Etat de la peau. — La peau de la face, des épaules et de la partie supérieure du dos, de même que le cuir chevelu, est en grande partie décollée.

Elle a aussi une teinte ardoisée plus sombre que celle des autres segments du corps. En effet sur la poitrine, le ventre et les membres inférieurs on aperçoit à peine quelques taches roussâtres légères, avec décollement de l'épiderme; les tissus y sont fermes et suffisamment résistants. Sur les membres supérieurs les taches rousses sont plus marquées et plus nombreuses; l'épiderme est détaché en quelques endroits, mais la peau y est nonobstant, en meilleur état que celle de la tête et des parties environnantes.

B. Etat des viscères. — Les *poumons*, aussi bien le poumon droit sorti que le gauche qui est resté dans la cage thoracique sont compacts, sans nulle crépitation, de teinte jaune très pâle. Le muscle *cardiaque* est consistant. De même le *foie* dont la couleur est rouge foncé. Les *intestins* en place normale sont de couleur grisâtre, non distendus, sans taches d'aucune espèce, sauf là où existe du méconium.

C. Examen de la tête. — La tête a subi pendant l'expulsion un écrasement qui l'a déformée considérablement : la partie antérieure droite et de la région frontale, les régions temporale et oculaire droites ont subi un enfoncement de droite à gauche et d'avant en arrière qui les a, pour ainsi dire, fait rentrer dans le crâne tandis que toute la partie postérieure et gauche du crâne défoncée de même, mais en sens inverse, venait se mettre au contact de la partie opposée. Seule, est à peu près intacte la partie gauche de la face et du front. La cavité crânienne a été ainsi réduite à l'état de cavité presque virtuelle.

Outre cette déformation considérable, l'examen extérieur de la tête montre que sur le sommet du crane, en arrière de la fontanelle antérieure, au niveau de la ligne médiane antéro-postérieure et correspondant autant qu'on peut le dire, à la scissure interpariétale, existe *une petite plaie* longue de 6 à 8 millimètres et large de 2 à 3 millimètres, affectant la forme d'un croissant irrégulier à concavité dirigée à droite et en avant et à bords un peu déchiquetés. Elle n'a pas l'aspect d'une section nette par instrument tranchant, elle ressemble plutôt à une déchirure. Elle intéresse toute l'épaisseur du cuir chevelu. Si on l'explore avec un stylet, on pénètre sans dfficulté sous le cuir chevelu très largement décollé dans tous les sens. Il est impossible de déterminer ainsi si la plaie est limitée au cuir chevelu ou si elle intéresse le plan osseux sous-jacent et les tissus situés plus profondément. *Les bords de la plaie sont infiltrés par une matière de teinte ocreuse*, dont la répartition nous est montrée par l'examen de la face interne du cuir chevelu que nous avons sectionnée.

Vue de ce côté, la plaie apparaît avec les mêmes caractères précédemment décrits, sauf qu'on voit beaucoup mieux l'infiltrat ocreux qui l'entoure. Plus épais sur les bords, cet infiltrat va en diminuant d'épaisseur à mesure qu'il s'en éloigne. Sa répartition est irrégulière et il s'étend beaucoup plus à la partie postérieure de la plaie qu'à la partie antérieure où il est d'ailleurs moins épais. Il s'agit évidemment d'une infiltration sanguine qui s'est faite à l'occasion de la plaie dans les tissus mêmes du cuir chevelu et non d'une simple écaille coagulée et adhérente du cuir chevelu. D'ailleurs une tentative de grattage ne réussit pas à en enlever le moindre fragment.

La nature hématique de cette infiltration nous est prouvée non seulement par sa couleur et son aspect mais par les réactions chimiques qu'elle donne ; nous y avons, en effet, décelé des cristaux de Teichmann.

Les os de la voûte crânienne du côté gauche, sauf l'écaille supérieure de l'occipital dépouillée de ses méninges, sont tout-à-fait séparés du cuir chevelu : la partie gauche du frontal, l'écaille du temporal et le pariétal gauche ont été repoussés contre les os similaires du côté droit et ont entraîné avec eux la totalité des méninges. Il est impossible de retrouver la place des fontanelles. Quant aux os du côté droit, bien que déformés, ils sont restés à peu près en place, recouverts de leurs méninges et adhérents au cuir chevelu.

Les méninges du côté gauche ainsi entraînées vers la droite sont déchirées en grande partie et d'une façon très irrégulière, tandis que celles de droite sont restées relativement intactes. La faulx du cerveau est restée attachée en partie au frontal ; le reste, de même que la tente du cervelet, est en lambeaux. Il n'y a plus trace de matière cérébrale dans le crâne.

En essayant de rétablir le crâne dans sa forme primitive et d'en remettre les différentes parties à leur place naturelle, nous constatons que la plaie du cuir chevelu est en rapport avec une *encoche de même forme* qui entaille le bord du pariétal gauche au niveau de la scissure interpariétale. Cette encoche se continue par un trait de fracture qui s'enfonce dans l'os. A la partie postérieure de l'encoche on note très nettement sur la face externe de l'os une teinte brûnâtre qui est en rapport avec la zone infiltrée du cuir chevelu. Il n'y a pas trace de sang épanché entre le cuir chevelu et les os du crâne.

Sur les méninges, en raison de leurs déchirures irrégulières, il est impossible de dire s'il existe une perforation en rapport avec celle décrite ci-dessus. Nous n'y trouvons pas davantage quelque chose qui puisse faire supposer l'existence d'un épanchement sanguin.

III. RÉSUMÉ ET POSITION DE LA QUESTION

En résume : une femme avorte d'un fœtus de cinq mois ; elle est infectée et ses parties génitales exhalent une odeur fétide. Quelques heures avant l'expulsion du fœtus, la *matière cérébrale en putréfaction* sort *spontanément* des organes génitaux sans qu'aucune manœuvre obstétricale ait été tentée. Le fœtus est dans un état de putréfaction surtout marqué aux parties supérieures ; la tête s'est décollée du tronc au moment de l'expulsion et le membre supérieur droit en a été détaché sans effort.

Au sommet du crâne déformé, aplati et *vide*, existe *un orifice en forme de croissant, intéressant le cuir*

chevelu et le plan osseux sous-jacent et entouré d'une suffusion sanguine.

En présence d'un avortement survenu dans ces conditions, nous sommes amenés à nous poser les questions suivantes :

1° Cet avortement est-il spontané et le récit qu'en fait l'intéressée est-il exact ? ; 2° Ou bien l'avortement a-t-il été provoqué ? ; 3° Dans cette dernière hypothèse de quelle nature a été l'intervention et comment a-t-elle produit les phénomènes observés ?

Nous allons donc laisser de côté le récit de la femme S..., quitte à le reconnaître exact ou inexact alors que nos constatations seront ou non d'accord avec lui et c'est à l'examen des faits que nous allons exclusivement nous en rapporter pour répondre aux questions posées. Toutefois disons que les déclarations de la femme n'ont en elles-mêmes rien d'invraisemblable ni d'impossible et que les événements auraient pu se passer tels qu'elle les raconte.

IV. — DISCUSSION

Les phénomenes observés chez la mère à savoir son état d'infection et l'odeur exhalée par ses parties génitales dépendent d'une même cause, la putréfaction du fœtus.

C'est également à cette cause qu'il faut attribuer, sans conteste, certaines grosses lésions du fœtus, le décollement de la tête, l'arrachement si facile de son bras droit et l'état de la peau : il s'agit là de conséquences directes, normales peut-on dire de la putréfaction.

Quant à l'issue de la matière cérébrale nous pensons que selon toute vraisemblance elle s'est effectuée par l'orifice du sommet de la tête encore que fort étroit, et nous ne voulons pas discuter l'hypothèse peu soutenable d'ailleurs (1) qui incriminerait l'ouverture de la base du crâne. Car quelle que soit l'opinion qu'on ait, on est amené à ce dilemne : ou bien la matière cérébrale est sortie par l'orifice du sommet de la tête et alors la cause de cette issue anticipée se confondra avec celle qui a donné naissance à l'orifice, ou cette sortie s'est faite par l'hiatus de la base et alors il faut la considérer comme une nouvelle conséquence de la putréfaction.

(1) En effet si l'on s'en rapporte aux circonstances de l'avortement, c'est seulement au moment où la tête sortait de la vulve, qu'elle s'est décollée, créant ainsi sous les yeux de l'accoucheur l'ouverture de la base du crâne. En outre il est impossible d'imaginer que le cerveau sortant par la base tournée vers la cavité utérine se soit dirigé vers le vagin et l'extérieur plutôt que de rester dans l'utérus.

Jusque maintenant la plupart des faits observés soit chez la mère ou chez le fœtus trouvent leur explication dans la putréfaction de ce dernier.

Nous devons donc avant tout nous demander si la putréfaction du fœtus est un accident qu'on peut observer au cours d'un avortement spontané.

La putréfaction du fœtus se produit et parfois avec une extrême rapidité quand les deux conditions suivantes se trouvent réalisées : 1° La rupture des membranes qui ouvre l'œuf et en permet l'accès aux germes venus de l'extérieur ou des parties génitales ; 2° la mort du fœtus qui le met à la merci de ces germes. Peu importe que l'une de ces conditions soit réalisée avant l'autre, il suffit et il est nécessaire que toutes deux le soient pour que la putréfaction apparaisse.

Elle sera facilitée, d'ailleurs, s'il intervient à titre de cause adjuvante un troisième facteur: l'apport des germes du dehors par un agent vecteur quelconque, instrument ou doigt septiques, etc. (1).

Toutes ces causes de putréfaction fœtale peuvent exister au cours d'un avortement spontané et si une intervention étrangère peut les favoriser, il ne s'ensuit pas qu'elle soit nécessaire. Nous devons donc admettre le récit de la femme S..., en ce qui concerne la putréfaction du fœtus et ses conséquences, comme vrai, car jusqu'ici nos constatations ne le contredisent pas.

Mais il reste à fournir l'explication de la plaie observée au sommet de la tête. Si nous pouvons l'attribuer à la putréfaction, nous n'aurons pas à chercher davantage et l'hypothèse d'un avortement spontané sera parfaitement admissible. Si, au contraire, cette plaie ne peut reconnaître pour cause la putréfaction, nous aurons à voir si d'autres causes peuvent l'avoir produite au cours d'un avortement spontané.

Il s'agit, rappelons-le, d'un orifice en forme de croissant intéressant le cuir chevelu et le plan osseux sous-jacent et *entouré d'une suffusion sanguine.*

La présence d'un épanchement sanguin infiltrant le cuir chevelu autour de la plaie nous montre d'emblée qu'elle n'a pas pu être produite par un arrachement ou par un éclatement du crâne dus à la putré-

(1) PENARD. Art. Fœtus du Dictionnaire Encyclopédique des Sc. Médicales, 4e série, T. II.

Id. Que convient-il de faire quand, pendant la grossesse, le fœtus meurt. *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiâtrie*, décembre 1889, p. 353, janvier et février 1890, p. 1 et 33.

faction, car, seule, une plaie produite sur le vivant (1) présente ce caractère de s'entourer d'une suffusion sanguine. Le fœtus était donc vivant ou venait à peine de succomber quand s'est produite l'effraction du cuir chevelu. La putréfaction, si rapide, si foudroyante qu'on veuille l'admettre, n'a donc rien à voir dans la production de cette plaie.

Il faut donc, tout en restant dans l'hypothèse d'un avortement spontané, lui trouver une autre cause.

Peut-on croire qu'elle s'est produite spontanément par simple pression au moment de l'engagement de la tête dans la filière génitale ?

Ce mode de production est inadmissible. En effet, il n'est point d'exemple que le cerveau d'un fœtus non putréfié, vivant ou mort, soit sorti du crâne, sans effraction préalable, même quand la tête fœtale a été soumise à des pressions fortes et prolongées, soit du fait de la durée de l'accouchement et de l'étroitesse de la filière génitale, soit du fait de manœuvres obstétricales : le crâne se déforme, s'allonge, mais ne se rompt pas, et quand on veut vider le crâne, c'est à la crâniotomie qu'on a recours, car on sait qu'une pression, même très forte, n'arrive pas à ce résultat. Ici, rappelons-le, il n'y a eu aucune manœuvre obstétricale.

Avant de rejeter complètement l'hypothèse d'une lésion spontanée au cours de l'accouchement nous devons nous demander s'il ne s'agit pas chez notre fœtus d'un de ces traumatismes spontanés que M. Bonnaire (2) a signalés chez les fœtus abortifs ? L'auteur montre avec preuves cliniques et expérimentales à l'appui que lorsque le fœtus, même non macéré, s'engage par le tronc plié en deux sur un plan latéral, la pression de l'utérus peut être suffisante pour provoquer un éclatement de la paroi abdominale, au niveau du flanc engagé, avec hernie des anses intestinales. Ce simple résumé nous montre combien les conditions dans lesquelles se réalisent les traumatismes observés par M. Bonnaire sont loin de celles où se trouvait notre fœtus. Rappelons en outre qu'il était vivant au moment où l'effraction de la boîte crânienne s'est produite et qu'il pesait 500 grammes.

Ces dernières considérations ont leur importance, car M. Bonnaire, ayant essayé de réaliser expérimentalement la rupture des téguments d'un fœtus frais et pesant seulement 320 grammes, n'y réussit pas.

Nous ne pouvons donc admettre que la plaie de notre fœtus ait pu se produire par ce mécanisme.

Cette dernière hypothèse rejetée, nous sommes amené à penser que la plaie que présentait au sommet de la tête le fœtus examiné par nous ne reconnaissant pas pour cause la putréfaction et n'ayant pas pu davantage se produire spontanément, doit forcément avoir une origine extrinsèque — être due à un traumatisme venu du dehors — En un mot, puisqu'il n'y a pas eu de manœuvres obstétricales, il faut bien que nous l'attribuions à une manœuvre abortive.

Or, il existe une manœuvre abortive connue, classée, qui comporte comme conséquence logique la blessure du fœtus.

Cette manœuvre, c'est la ponction des membranes.

En effet, dans tous les cas connus où au cours d'un avortement provoqué, il y a eu blessure du fœtus « il s'agit de plaies faites par ponction des membranes » (1).

Citons parmi les cas se rapprochant du nôtre celui d'Ollivier (d'Angers) (2) et surtout celui de Bayard (3). Tous deux comportent une blessure du cuir chevelu avec infiltration sanguine. Mais dans le cas de Bayard, il s'agit d'un fœtus en état de *putréfaction commençante* qui portait sur la tête, au niveau de la fontanelle antérieure, une *ecchymose* de trois centimètres entourant une *plaie linéaire* très nette, dirigée transversalement.

Disons en passant que, chez notre fœtus, la plaie qui avec des bords un peu déchiquetés a plutôt l'air d'une déchirure que d'une section nette, permettrait de croire que l'instrument employé n'était pas très tranchant.

On comprend facilement qu'une tige rigide quelconque, enfoncée dans l'utérus dans le but de perforer les membranes puisse atteindre les parties du fœtus qui se présentent à l'orifice utérin au moment de la tentative.

Pourtant les blessures du fœtus, au cours de l'avor-

(1) Ou, à la rigueur, sur un individu venant de succomber. On a pu, en effet, dans certaines circonstances, fort rares d'ailleurs, observer la production d'un épanchement sanguin dans les plaies faites immédiatement après la mort.

(2) Bonnaire. Lésions traumatiques des fœtus abortifs en dehors de toute intervention. *Soc. de méd. légale de France*, Séance du 10 mars 1902.

(1) P. Brouardel. L'avortement, Paris 1901, p. 211.

(2) Ollivier (d'Angers). Mémoire et consultation médico-légale sur l'avortement provoqué. *Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, 1839, t. XXII, p. 109.

(3) Bayard. Considérations médico-légales sur l'avortement provoqué et l'infanticide. *Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, 1847, t. XXXVII, p. 443.

tement provoqué, sont assez rares (1). Les statistiques de TARDIEU (2) et de BROUARDEL le démontrent. Le flottement du fœtus dans le liquide amniotique et sa fuite facile devant l'instrument donnent la raison de cette rareté (BROUARDEL). Pour qu'il y ait blessure du fœtus, on peut admettre ou que la manœuvre a été assez violente pour ne pas laisser au fœtus le temps de se dérober ou que ce dernier a été fixé entre l'instrument et les parois utérines.

Quoi qu'il en soit des circonstances particulières qui permettent la blessure du fœtus, c'est toujours quand l'avortement a été provoqué par ponction des membranes à l'aide d'une tige plus ou moins tranchante qu'on rencontre ces blessures. La blessure de notre fœtus est donc incontestablement de la même origine.

La manœuvre employée pour faire avorter notre femme a donc consisté à perforer les membranes avec une tige qui a été plus loin que ne le voulait la main qui la dirigeait et qui a rencontré dans son trajet la tête du fœtus.

Non seulement cette manœuvre nous fournit l'explication de la blessure du fœtus, mais nous allons voir qu'elle nous permet aussi de suivre pas à pas les phénoménes observés pendant et après l'avortement.

Sans parler de l'avortement en lui-même qu'aucune cause spéciale ne paraissait avoir provoqué et qui s'explique très bien par une tentative criminelle, la ponction des membranes en ouvrant l'œuf, en amenant la mort du fœtus et, enfin, en réalisant la condition accessoire de l'apport des germes, nous donne la raison de la putréfaction.

Que cette putréfaction ait été plus avancée à la tête et au thorax que dans les autres parties du corps, rien de surprenant à cela puisque les germes ont commencé à envahir le fœtus au niveau de la plaie c'est-à-dire par le cuir chevelu et vraisemblablement par le cerveau.

La matière cérébrale réduite à l'état de bouillie liquide et trouvant devant-elle l'issue créée par la plaie, a été chassée du crâne trois heures avant l'expulsion par la pression même modérée du col utérin dans lequel s'engageait la tête et c'est ainsi que la tête dont les parties molles étaient en putréfaction s'est vidée, déformée et aplatie.

(1) P. BROUARDEL, *loc. cit.*, p. 210.
(2) TARDIEU. Etude médico-légale sur l'avortement, 1898, p. 166.

Le fœtus putréfié a infecté la mère et a communiqué son odeur fétide aux parties génitales de celle-ci.

Enfin il est facile de comprendre les autres incidents de l'accouchement, à savoir le décollement de la tête et l'arrachement du bras droit.

V. — CONCLUSIONS

De cette discussion il résulte que non seulement l'impossibilité d'expliquer la blessure de la tête du fœtus, au cours d'un avortement spontané, nous a forcé à abandonner cette hypothèse et à admettre une intervention étrangère, mais il se trouve que cette intervention — en l'espèce la ponction des membranes — nous donne la clef de tous les phénomènes observés avec l'existence et l'enchaînement desquels elle cadre parfaitement.

C'est donc à la fois par exclusion et par preuve directe que s'imposent les conclusions suivantes :

1° *L'avortement de la femme S... n'est pas spontané. Son récit est donc sinon faux, du moins incomplet.*

2° *Il a été provoqué par une intervention étrangère.*

3° *Cette intervention a consisté dans la perforation des membranes par une tige qui, outre l'avortement, a produit la blessure du fœtus et a entraîné la putréfaction avec toutes ses conséquences.*

Le babeurre
dans le traitement des gastro-entérites infantiles

par le docteur **Henri Lagache**,
médecin de la sauvegarde des nourrissons de Tourcoing.

S'il est permis d'espérer que, grâce à la diffusion des notions d'hygiène sociale et privée, les maladies deviendront de plus en plus rares, et que le rôle du médecin, dans un temps donné, se bornera à prévenir, plutôt qu'à guérir, il est certain que trop souvent encore, à l'époque actuelle, nous nous trouvons en présence d'affections bien définies, quoique évitables, et que notre seule ressource est de nous adresser à la thérapeutique. Aussi, lorsqu'un nouveau traitement nous est proposé pour une maladie, ne doit-il jamais nous laisser indifférent.

Dans cet ordre d'idées, la gastro-entérite aiguë des nourrissons, maladie évitable s'il en est, et que nous pouvons espérer voir un jour disparaître de la nosologie infantile, grâce à l'énergique campagne entreprise contre l'ignorance des mères, a suscité bien des traitements divers. Depuis les opiacés, jusqu'aux

poudres inertes et aux innombrables modificateurs du milieu intestinal, tout avait été employé sans beaucoup de succès d'ailleurs, quand un traitement diététique merveilleux, la diète hydrique, est venue permettre au praticien de lutter plus efficacement contre cette grande faucheuse d'enfants. Il n'est plus un médecin, maintenant, qui, devant le tableau clinique si net de la gastro-entérite des nourrissons, ne commence par mettre le petit malade à l'eau bouillie pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Il ajoute à la diète hydrique de grands lavages, un antiseptique quelconque ou un antifermentescible intestinal ; il favorise la diurèse par des bains, combat l'intoxication générale par des injections de sérum artificiel et soutient l'organisme par des potions toniques et alcoolisées.

Voilà, en somme, le traitement type de la gastro-entérite aiguë. Mais qui de nous n'a vu après une diète hydrique absolue de deux ou trois jours, les selles de son petit malade demeurer vertes, fréquentes, liquides et d'une fétidité extrême. Devant un enfant qui doit faire face à une déshydratation et à une dénutrition intense, lutter contre une intoxication profonde, combien de fois assistons-nous impuissants à une déchéance organique rapide, qui, si elle n'aboutit pas à l'athrepsie, se termine par la mort en quelques heures ou quelques jours ? Modifier la flore bactérienne et les toxines qui empoisonnent l'intestin est très bien ; c'est le but de la diète hydrique : mais encore ne doit-elle pas être prolongée au-delà d'une certaine limite, car tonifier l'organisme par des potions alcoolisées n'est possible que peu de temps, et si la diète est de trop longue durée, à l'intoxication des centres nerveux par les toxines parties de l'intestin, vient s'ajouter l'intoxication éthylique : c'est, au point de vue des convulsions, tomber de Charybde en Scylla ! Il était nécessaire de trouver pour les enfants atteints de gastro-entérite un médicament qui, non seulement ne donnât lieu à aucune fermentation intestinale, mais au contraire eût une action antiseptique et antifermentescible, et qui de plus soutînt l'organisme par l'apport de matériaux nécessaires à la nutrition. Le babeurre, ou « lait battu », comme on l'appelle généralement dans le Nord, semble répondre à cette triple indication : ce n'est que tout récemment, en France du moins, qu'il est entré dans la thérapeutique des gastro-entérites aiguës des nourrissons.

Notre confrère et ami le docteur Decherf, médecin de la Sauvegarde des nourrissons de Tourcoing, un ardent propagandiste de ce nouveau traitement, a fait paraître sur ce sujet, dans les *Archives de Médecine des Enfants* (janvier 1905), une étude très documentée. Employé à l'étranger, par quelques médecins hollandais et allemands dans certains cas de dyspepsie, le babeurre ne l'avait jamais été, sauf par Caro, dans le traitement des gastro-entérites aiguës.

« Malgré toutes nos recherches bibliographiques, écrit Decherf, nous n'avons trouvé trace nulle part de l'emploi du babeurre en France dans les affections gastro-intestinales de l'enfance. » Ce n'est qu'au Congrès de Médecine de Paris en 1904 que Decherf fit une communication sur ce sujet.

Qu'est-ce donc que le babeurre ? C'est le liquide qui reste dans la baratte lorsque, le lait ou la crème ayant été battus, le beurre a été retiré. D'après les analyses de MM. Delanghe frères, pharmaciens-chimistes à Roubaix, en voici la composition chimique, un peu variable d'ailleurs suivant les provenances :

Densité du babeurre à 15°	1022	à	1023
Densité du sérum à 15°	1018	à	1019
Extrait sec de babeurre par litre	68.6	à	70 8
Extrait sec de sérum par litre de sérum	31.1	à	38
Caséine et albuminoïdes	35	à	37.7
Lactose	19.4	à	22.2
Graisse	4.1	à	6.7
Acide lactique	0.78		
Cendres minérales	5.6		
Acide phosphorique total	1.94	à	2 04
Chlorures	0.47	à	0.52

Ce produit paraît, par conséquent, répondre à la triple indication dont je parlais plus haut. Par la quantité relativement élevée d'acide lactique qu'il contient, il est antiseptique et antifermentescible ; de plus, la présence de matières grasses, finement divisées grâce au barattage, la présence de matières albuminoïdes, de lactose et de sels en font un aliment dont les qualités nutritives ne sont pas à dédaigner. Comment peut-on se procurer du babeurre ? A la campagne, c'est très simple. Il faut toutefois se rappeler que pour être efficace et ne pas donner de mécomptes le babeurre doit être frais, pur, avoir subi un minimum de manipulation, et surtout ne pas être additionné d'eau. Il faudra donc se renseigner auprès des fermiers pour connaître le jour où ils battent le beurre, et comme il est assez rare que dans une même ferme on batte le beurre chaque jour, l'on aura souvent affaire à plusieurs fournisseurs.

En ville, c'est plus difficile. Le lait battu est débité par des marchands qui commencent par l'additionner largement d'eau plus ou moins propre et le véhiculent des heures durant, en plein soleil pendant l'été, dans des récipients qui ne connaissent pas l'ébullition et transforment leur contenu en un excellent bouillon de culture. Dans ces conditions il faut recommander aux mères de famille à qui l'on conseille le babeurre dans un but thérapeutique de le faire elles-mêmes. Rien n'est plus simple. On fait aigrir le lait dans une salle où la température est de 18° à 20° en hiver, à la cave en été, et quand il est épaissi, à l'aide d'une baratte quelconque on peut en séparer le beurre.

Une dame de ma clientèle avait imaginé un procédé très simple. Elle mettait le lait aigri dans un litre que la bonne agitait vigoureusement jusqu'à formation du beurre. Que l'on se le procure d'une façon ou d'une autre, le babeurre, avant d'être donné à un enfant atteint de gastro-entérite, doit encore subir une préparation. Bien qu'il ait été donné pur par certains auteurs, il est préférable de le faire bouillir pendant quelques minutes. Quand il est en ébullition, on y ajoute, par litre, une cuillerée de farine délayée dans du babeurre froid, et 75 grammes de sucre. Il faut avoir soin de remuer tout le temps que dure l'ébullition pour éviter la formation de gros grumeaux de caséine. Ainsi préparé, il doit être mis au frais; il peut être alors administré au petit malade.

Une question de la plus haute importance se pose maintenant. A quel moment de la maladie, et de quelle manière faut-il donner le babeurre? Voici un nourrisson atteint de gastro-entérite aiguë ; il a dix, douze selles vertes, quelquefois plus, dans la journée, de la fièvre, des vomissements. Faut-il lui donner d'emblée du babeurre? Oui, disent les enthousiastes ; pas de diète hydrique, elle ne sert à rien; tout de suite du babeurre ! Eh bien ! je ne crois pas, et sur ce point, je ne suis pas du tout de l'avis de Decherf.

J'ai personnellement obtenu de très beaux résultats avec le babeurre, mais jamais en le donnant d'emblée ; il est alors très souvent mal toléré et vomi ; la diète hydrique a sauvé tant de nourrissons, elle est si rationnelle qu'il est, je crois, imprudent de ne pas l'instituer vingt-quatre ou trente-six heures. Non seulement elle modifie la toxicité du milieu intestinal en éliminant toute cause de fermentation nouvelle, mais encore elle met toutes les parties du tube digestif au repos complet qui lui est nécessaire, et que ne peut donner le babeurre, à cause de la quantité de matières grasses, albuminoïdes et autres qu'il contient. Voici donc comment, à mon avis, il faut procéder : Diète hydrique pendant vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures ; lavages intestinaux, sérum artificiel selon la gravité de l'infection. Puis, dès que tant soit peu, les selles commencent à se modifier comme nombre, comme fétidité et comme couleur, instituer le babeurre : un biberon toutes les trois heures comme si l'enfant prenait du lait. Alors vraiment le résultat, il faut bien le dire, est merveilleux.

En quelques heures, les selles redeviennent normales, ou à peu près comme nombre et comme caractères. L'enfant repose tranquillement ; il perd son facies grippé si caractéristique, ses couleurs reviennent, et l'on évite presque à coup sûr l'accident si fréquent, où, après une diète hydrique, le lait repris trop vite ne fait qu'amener une recrudescence de l'infection gastro-intestinale. Il est donc imprudent, je crois, de trop médire de la diète hydrique au début des gastro-entérites ; il ne faut pas demander à un traitement, excellent dans certaines conditions, plus qu'il ne peut donner, et vouloir de parti-pris donner le babeurre d'emblée, c'est souvent courir à un échec. Certes nous avons tous rencontré des cas où la diète hydrique n'a pas arrêté la marche de l'infection, où nous avons été obligés de la continuer pendant plusieurs jours avant d'obtenir une modification des selles, où toutes nos tentatives pour rendre du lait à l'enfant étaient suivies d'une recrudescence de la diarrhée. Mais, justement, l'introduction du babeurre dans la thérapeutique des gastro-entérites nous permet d'éviter ces ennuis.

Ainsi donc, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, mais alors seulement, donnez-le sans hésitation ; il sera toléré, vous n'aurez pas de mécompte et vous n'assisterez pas, désolé, à une déchéance rapide du petit organisme, que vous voyez dépérir, impuissant à retarder la marche fatale de l'infection, parce que l'enfant n'a plus ni réserves, ni résistance suffisantes pour y faire face.

Voici, pour finir, quelques observations que j'ai recueillies au cours de cet été et qui prouveront l'efficacité du babeurre dans les gastro-entérites :

Observation I. — Je suis appelé le 31 juillet, dans l'après-midi, auprès de l'enfant D..., âgé de vingt mois. Je le trouve avec tous les signes d'une gastro-

entérite suraiguë très grave. Il a eu depuis le matin huit à dix selles vertes, liquides, d'une fétidité extrême. Vomissements ; teint plombé ; convulsions. J'institue la diète hydrique et potion de TODD, sérum artificiel ; bains chauds ; grands lavages intestinaux. Le lendemain 1er août, même situation ; vers le soir les selles semblent s'espacer. Le 2 août je fais donner du babeurre, un biberon toutes les trois heures. L'enfant n'a plus que cinq ou six selles, encore vertes pourtant. Le 3 août, les selles, bien qu'encore un peu liquides, sont devenues jaunes; le petit malade n'en a que trois dans la journée. Le 4 août, il va tout à fait bien, les selles sont redevenues normales. L'enfant a continué quelques jours le babeurre puis a repris le lait.

OBSERVATION II. — L'enfant S..., âgé de six mois, est pris, le jeudi 10 août, de diarrhée verte, huit selles depuis la veille. Vomissements. Température 38°5. Je le mets à la diète hydrique. Potion à l'acide lactique. Le lendemain, vendredi 11, encore six selles liquides vertes. Grand lavage intestinal. Une selle jaune-verdâtre le soir. Le samedi 12, le bébé a eu une selle verte la nuit. Lavage. Je donne un biberon de babeurre de trois heures en trois heures. L'enfant a, le soir, une selle jaune absolument normale. Le 13, le mieux continue, selles normales. Le 14, idem. Le lait est repris trois ou quatre jours après.

OBSERVATION III. — L'enfant B..., âgé de dix mois, est pris de diarrhée verte le 24 ou 25 août. Je suis appelé à le voir le 29 : l'enfant avait continué à prendre du lait. Je le mets à la diète hydrique, potion à l'acide lactique. Le lendemain l'enfant a encore six ou sept selles vertes liquides.

Température 38°5. Le 31 je lui fais donner du babeurre ; un biberon toutes les trois heures. Le vendredi il a trois selles normales, plus de température. La guérison se confirme les jours suivants.

OBSERVATION IV. — Deux petites jumelles âgées de deux mois, Marthe et Marie D..., nourries artificiellement, sont prises de diarrhée verte avec température et vomissements, le dimanche 6 août. Je les vois le lundi 7 et prescris la diète hydrique : eau aiguisée d'un peu de cognac. Sept ou huit selles vertes dans la journée. Le mardi 8, au matin, quatre ou cinq selles vertes. Je fais donner du babeurre à midi. Une seule selle verte dans l'après-midi. Le lendemain matin, elles ont toutes deux une selle jaune superbe. Le mieux s'est maintenu les jours suivants : elles reprirent bientôt du lait de vache pasteurisé.

Cette observation portant sur deux jumelles, malades en même temps, et subissant du fait du traitement une amélioration parallèle, a toute la valeur d'une expérience.

Je pourrais citer encore plusieurs cas où le babeurre a fait merveille, mais les observations que je viens de relater me semblent suffisantes à justifier tout le bien que je pense de ce traitement, sous cette réserve qu'il doit être précédé d'une diète hydrique de vingt-quatre à quarante-huit heures.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Un écho de la guerre russo-japonaise

Une revue spéciale anglaise fournit quelques renseignements intéressants sur les approvisionnements en médicaments que le Japon a faits en Angleterre. En voici la liste. Les quantités sont exprimées en kilos.

Antifébrine, 2.000 ; antipyrine, 1.350 ; acide borique, 10.000 ; bismuth, 17.000 ; chloroforme, 6.000 ; cocaïne, 54 ; sulfate de quinine, 1.350 ; écorces de quinquina, 10.000 ; poudre de Dower (dysenterie), 10.000 ; formaldéhyde, 3.500 ; iodoforme, 2.500 ; calomel, 1.500 ; créosote, 25.000 ; morphine, 90 ; soude salicylique (rhumatismes), 25.000, et enfin 27.500 mètres d'emplâtres. Il n'a pas été envoyé d'acide phénique (phénol) ni de sublimé corrosif, les approvisionnements japonais étant complets depuis la campagne de Chine.

Retenons un chiffre de la série : 90 kilos de morphine. Avec cette quantité, qui semble minime, il a été possible de préparer neuf millions de potions calmantes.

(*Bulletin de thérapeutique*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

La commission administrative des Hospices civils de Lille, donne avis que le lundi 6 novembre 1905, à huit heures du matin, il sera ouvert des **Concours publics pour la nomination de quatre internes titulaires et de vingt-quatre externes**, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie de la Faculté de l'Etat dans les hôpitaux de Lille.

Ces concours auront lieu dans l'une des Salles de l'Hôpital de la Charité devant des Jurys médicaux présidés par un des membres de la Commission administrative des Hospices.

CONCOURS D'INTERNAT

Conditions d'admission. — Les candidats ayant plus de dix-huit ans et moins de vingt-huit ans seront seul admis. Ils devront produire :

A. — S'ils sont externes des hôpitaux de Lille : 1° Un certificat des médecins et chirurgiens dans les salles desquels ils ont fait le service d'externes titulaires, attestant leur exactitude et leur bonne conduite ; 2° Un certificat de bonnes vies et mœurs ; 3° Un certificat constatant qu'ils savent pratiquer le tubage et délivré soit par le professeur

de thérapeutique, soit par le chef de service chargé des Pavillons de la diphtérie.

B. — S'ils ne sont pas externes des Hôpitaux de Lille : 1° Un certificat constatant qu'ils sont pourvus de douze inscriptions en médecine ; 2° Un certificat émanant de la Commission administrative des Hospices de la Ville où ils ont rempli ou remplissent les fonctions d'externes, affirmant qu'elle admet les externes des Hôpitaux de Lille à se présenter aux concours d'internat institués par elle. Cette ville doit être le siège d'une Faculté de médecine ou d'une Ecole de médecine ; 3° Un certificat de bonnes vie et mœurs ; 4° Un certificat constatant qu'ils savent pratiquer le tubage et délivré soit par le professeur de thérapeutique soit par le chef de service chargé des Pavillons de la diphtérie de leur ville.

Matière du concours. — Le concours comprendra trois épreuves : 1° Une épreuve écrite sur un sujet d'Anatomie et Physiologie, et sur un sujet de pathologie interne ou externe pour laquelle trois heures sont accordées aux candidats ; 2° Une épreuve orale de pathologie ; 3° Une épreuve dite « de Garde » d'une durée de huit minutes après huit minutes de préparation.

Inscriptions. — Les inscriptions sont reçues dans les bureaux du secrétariat de l'Administration des hospices, 41, rue de la Barre, cinq jours au moins avant l'ouverture du concours, soit jusqu'au mardi 31 octobre 1905, cinq heures du soir, dernier délai. Sera considéré comme démissionnaire tout externe de seconde année non inscrit au moment de la clôture de la liste pour le concours de l'internat.

Concours d'Externat

Conditions d'admission. — Les candidats ayant au moins quatre inscriptions pourront seuls concourir pour les places d'externes. Ils devront produire, en se faisant inscrire, un certificat de bonnes vie et mœurs.

Matières du concours. — Le concours comprendra deux épreuves : 1° Une composition écrite sur l'Ostéologie, l'Arthrologie et la Myologie pour laquelle deux heures seront accordées aux candidats ; 2° Une épreuve orale de cinq minutes après cinq minutes de réflexion sur la Pathologie interne ou externe élémentaire et la petite chirurgie.

Inscriptions. — Les inscriptions seront reçues dans les bureaux du secrétariat de l'Administration des Hospices, 41, rue de la Barre, jusqu'au mardi 31 octobre, 1905, cinq heures du soir, dernier délai.

Dispositions Générales

Les internes sont nommés pour trois ans et reçoivent chacun de l'Administration : La première année six cent cinquante francs ; la seconde année sept cents et la troisième année huit cents francs. L'interne qui aura reçu la médaille d'or pourra être autorisé par la Commission administrative à faire une quatrième année d'internat, avec le même traitement que les internes de troisième année. A la suite du classement des internes titulaires, le Jury fera choix de quatre internes provisoires qui seront classés par ordre de mérite. Cette liste sera annulée à l'époque d'ouverture du prochain concours. Les externes sont nommés pour trois ans. Le traitement des internes provisoires et externes appelés à suppléer les internes titulaires sera réglé sur la base de six cent cinquante francs par an et au prorata du nombre de journées de remplacement. Les internes et les externes sont nourris dans l'établissements lorsqu'ils sont de garde. Le certificat nécessaire pour l'obtention de la dispense de deux années de service militaire ne sera délivré qu'à l'expiration de la première année d'internat.

— La Commission administrative des Hospices civils de Lille donne avis que le lundi 18 décembre 1905, à huit heures du matin, il sera ouvert, entre tous les internes en médecine en exercice dans les hôpitaux de cette ville, un **Concours public pour le prix de fin d'année,** consistant en une médaille d'or, délivrée par l'Administration hospitalière. Ce concours aura lieu dans l'une des salles de l'Hôpital de la Charité, devant un jury présidé par l'un des membres de la Commission administrative des Hospices.

Programme

Article 1er. — Les épreuves du concours sont réglées comme suit : *a*) Un mémoire inédit, basé sur des observations recueillies dans les services pendant l'internat. Ce mémoire sera remis ouvert au Secrétariat des Hospices qui en délivrera reçu, avant le lundi 27 novembre 1905, cinq heures du soir. Cette remise servira d'inscription pour être admis à concourir. *b*) Une épreuve écrite, pour la rédaction de laquelle il est accordé trois heures, sur un sujet comprenant à la fois de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, soit interne, soit externe. *c*) Une épreuve clinique sur deux malades choisis, l'un dans un service de médecine générale ou spéciale, l'autre dans un service de chirurgie générale ou spéciale ou d'accouchement. Seront accordés : pour l'examen des deux malades, en tout une demi-heure — pour la réflexion un quart d'heure, pour la dissertation un quart d'heure également. Autant que possible, les mêmes sujets cliniques seront traités par les candidats.

Article 2. — Le maximum des points à attribuer aux candidats, pour chacune des épreuves est ainsi fixé : pour le mémoire 30 ; pour la composition écrite 25 ; pour l'épreuve clinique 20.

Article 3. — La première séance du concours est consacrée à juger la valeur du mémoire et à fixer les points qui lui seront attribués ; une ou plusieurs séances seront consacrées à chacune des autres épreuves. Communication

des points est donnée aux candidats à la fin de chaque épreuve. Tout candidat qui n'aura pas obtenu la moitié des points à chaque épreuve, sera éliminé pour l'épreuve suivante.

Article 4. — La médaille d'or ne peut être attribuée à un candidat qui n'a pas obtenu les deux-tiers au moins du total des points, soit cinquante points.

Article 5. — Le lauréat pourra être autorisé par la Commission administrative à faire une quatrième année d'internat avec le même traitement que les internes de troisième année.

— La Commission administrative des Hospices civils de Lille donne avis que le lundi 4 décembre 1905, à huit du matin, il sera ouvert un **concours public pour la nomination de cinq internes titulaires et de deux internes provisoires**, appelés à faire le service des pharmacies, des hôpitaux et hospices de Lille. Ce concours aura lieu à l'hôpital Saint-Sauveur, devant un jury présidé par un des membres de la Commission administrative des hospices. Les internes titulaires devront s'engager à faire au moins une année de service soit à la pharmacie centrale, soit dans un hôpital ou un hospice de Lille. Le certificat nécessaire pour l'obtention de la dispense de deux années de service militaire ne leur sera délivré qu'à l'expiration de la première année d'internat. Aussitôt après leur nomination, les internes titulaires ou provisoires devront faire alternativement un stage d'un mois à la pharmacie centrale des hospices, pour se familiariser avec le service. Les internes provisoires peuvent être appelés à l'exercice jusqu'au prochain concours.

Conditions d'admission au concours. — Pour être admis à concourir, les élèves devront justifier : 1° Qu'ils sont Français ; 2° Qu'ils ont obtenu le certificat de validation de stage officinal. Ils devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Administration, rue de la Barre, 41, avant le mardi 28 novembre 1905, cinq heures du soir. En se faisant inscrire, ils devront déposer un certificat de bonnes vie et mœurs, récemment délivré soit par le maire de leur résidence, soit par le chef de l'école où ils auront fait leurs études.

Epreuves du concours. — Les épreuves du concours seront : A. Epreuve écrite sur un sujet de pharmacie chimique ou galénique pris dans le programme et pour laquelle il sera accordé trois heures ; B. Epreuve de reconnaissance comportant vingt substances employées en pharmacie, cinq minutes sont accordées aux candidats ; C. Une épreuve orale de dix minutes sur les questions inscrites au programme. Dix minutes de réflexion seront accordées aux candidats ; D. Une épreuve pratique. — Des programmes sont déposés au secrétariat de l'Administration, rue de la Barre, 41, où les élèves peuvent s'en procurer.

Dispositions générales. — Les internes titulaires seront nommés pour trois ans, à partir du 1er janvier 1906. Sur la proposition du chef de service, une quatrième année pourra leur être accordée. Les internes titulaires reçoivent : La 1re année 500 fr. ; les autres années 600 fr. Le traitement des internes provisoires appelés à suppléer les internes titulaires sera réglé sur la base de 500 fr. par an et au prorata du nombre de journées de remplacement.

— Nous relevons parmi les récentes promotions dans le **corps de santé militaire** les suivantes comme intéressant particulièrement notre région. M. le docteur Renaut, médecin chef des salles militaires de l'hospice de Douai, est promu médecin principal de 2e classe.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon. — M. le docteur Maldiney est chargé d'un cours de physique.

— M. le docteur Limon, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé en outre chef des travaux de physiologie.

— M. le docteur Mandereau est chargé des fonctions de chef des travaux d'anatomie et de physiologie.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble. — Un congé d'un an est accordé à M. le professeur Berlioz pour raisons de santé.

— M. le docteur Jacquemet, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale, est chargé en outre, pendant le congé de M. Berlioz, du cours de bactériologie théorique et pratique.

Notre Carnet

Le 7 octobre ont eu lieu à Ferrières-la-Grande, les cérémonies du mariage du docteur Huriez, de Lille, avec mademoiselle Germaine Guimbellot. Nous adressons nos meilleurs souhaits de bonheur et de prospérité aux jeunes époux.

— Le 25 septembre ont eu lieu à Carignan (Ardennes), les cérémonies du mariage du docteur Henriet, de Brieulles-sur-Bar (Ardennes), avec mademoiselle Alice François. Nous adressons nos meilleurs souhaits de bonheur et de prospérité aux jeunes époux.

— Le docteur Castelain, de Lille, nous fait part de la naissance de sa fille Lucy. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs P.-E. Lejeune, de Créchy (Allier) ; Genty, d'Arinthod (Jura) ; Guyot, de Paris ; Luzarey, de Méziers ; Rigaux, de Milly (Seine-et-Oise) ; Moussette, de Toyon (Oise) ; Coquerelle, de Beauvais (Oise) ; Sicre, de Saint-Marcel ; Forest, de Troyes ; Chevallier, chirurgien

des hôpitaux de Paris ; MAX SIMON, ancien médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône) ; ZANI METAXAS, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

BOMBES DE VILLIERS, interne des hôpitaux de Lyon.

BIBLIOGRAPHIE

L'art d'alimenter les malades et les convalescents (avec 138 formules alimentaires), par le docteur CORNET, professeur aux Ecoles municipales d'infirmières des hôpitaux de Paris. Un vol. petit in-16 de 124 pages. Prix, 2 fr. — G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris-VI[e].

L'auteur a groupé, en un petit manuel portatif, ce qu'il est indispensable de connaître en matière d'alimentation diététique. Jusqu'ici, nos auteurs dédaignaient un peu de descendre jusqu'aux menus détails, alors que toutes les personnes préposées à l'alimentation des malades (infirmières, garde-malades, etc.) ne sauraient recevoir trop d'explications sur ce sujet. Signalons les détails sur les effets nocifs et curatifs des aliments, sur la cuisson et la préparation, la position du malade, son état psychique, etc. et enfin les 138 formules alimentaires, qui rendent ce livre vraiment pratique et en font un excellent guide de cuisine diététique.

Extrait de la table des matières. — Généralités sur les aliments ; — choix et préparation des aliments destinés aux malades : administration, ingestion des aliments, position du malade, état psychique du malade, heure des repas, température des aliments, mastication, soins de la bouche, sommeil après le repas ; — boissons ordinaires, café, thé, cacao ; — administration du lait ; bouillons pour malades ; — potages farineux, potages aux purées, potages à grains, soupes diverses, potages-crèmes, — bouillies farineuses, bouillies à grains, purée ; — mets sucrés ; — mets divers de consistance ferme ; — préparation d'œufs, de légumes, de viandes ; — lavements nutritifs ; alimentation par la sonde.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **La cure thermale d'Evaux-les-Bains**, par le docteur H. LAPAGE, Paris, *Doin*, 1905.

— **Les épidémies et les maladies contagieuses au XX[e] siècle**, par le docteur Jules FELIX, Paris, *Vigot*, 1905.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

40[e] SEMAINE DU 1[er] AU 7 OCTOBRE 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	5
3 mois à un an	3	»
1 an à 2 ans	»	1
2 à 5 ans	1	2
5 à 20 ans	2	»
20 à 60 ans	16	13
60 ans et au-dessus	9	10
Total	37	31

Répartition des décès par quartier — CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	9	13	12	17	7	8	5	3	10	3	6	93
TOTAL des DÉCÈS	6	6	10	20	4	8	1	4	4	1	3	67
Autres causes de décès	3	1	3	4	3	4	1	1	2	»	2	24
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	1	»	2	1	»	»	1	»	»	»	5
Maladies organiques du cœur	1	»	»	2	»	1	»	1	1	»	»	6
Bronchite	»	1	1	2	»	»	»	»	»	»	1	5
Apoplexie cérébrale	»	1	»	»	»	1	»	»	»	1	»	3
Cancer	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Autres tuberculoses	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Bronchite et pneumonie	»	»	1	4	»	»	»	»	»	»	»	5
Grippe	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tuberculose pulmonaire	2	2	2	5	»	2	»	1	1	»	»	15
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1

N° 458 Neuvième Année. N° 43. Le Numéro : **10** centimes 22 Octobre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

CAUSERIE DE VACANCES

Les petits Prophètes de la Chirurgie

Augustin Belloste (1654-1730).

Mon distingué confrère et excellent ami, le docteur HENSEVAL, de Béthune, — auquel je ne connais d'autre défaut que d'être incurablement paresseux d'écrire et de ne vouloir point rédiger pour l'*Écho médical du Nord* les intéressantes observations de sa grande pratique, — le docteur HENSEVAL donc, connaissant mes goûts de bibliophile, m'a fait cadeau, il y a tantôt deux ans, d'un vieil ouvrage de chirurgie, venu je ne sais comment en sa possession, et dont le titre est un peu copieux. En voici la reproduction exacte et complète (1) :

(1) Cette reproduction phototypique est due à l'inépuisable complaisance de mon excellent collègue de la Société des Sciences, M. DELPHIN-PETIT.


LE

CHIRURGIEN

D'HOPITAL,

ENSEIGNANT LA MANIERE douce & facile de guérir promptement toutes sortes de Playes, & le moyen assuré d'éviter l'exfoliation des Os.

Avec une plaque nouvellement inventée pour le pansement des Trépans.

Par feu M. BELLOSTE, Chirurgien de S. A. R. Madame Douairiere de Savoye, & ci-devant Chirurgien Major des Hopitaux de l'Armée du Roy en Italie.

TROISIE'ME E'DITION,

Revûë & augmentée de plusieurs Observations nouvelles, d'une Pharmacie Chirurgicale, & d'une Dissertation sur la Rage.

A PARIS,

De l'Imprimerie de la Veuve d'Houry, rue de la Harpe, [illegible] la rue S. Severin, au S. [illegible]

MDCCXXXIV.

Avec Approbation & Privilege du Roy.

Ce livre, qui a fait partie de la « librairie », comme on disait jadis, d'une princesse lettrée et bibliophile très connue de la fin du XVIIe et du commencement du XVIIIe siècles, la duchesse Victoire-Marie-Anne de Savoie, d'origine française, mariée à Victor-Amédée

de Savoie prince de Carignan ; ce livre m'avait séduit d'abord par sa reliure encore belle quoique un peu délabrée. C'est un petit in-octavo relié en maroquin grenat plein, avec fers, filets et coins dorés, dont la couverture est armoriée, sur les plats du recto et du verso, des écussons accotés : de Savoie, qui est de gueules à la croix d'argent ; et de Bourbon-Soissons, qui est d'azur à trois fleurs de lys d'or, au baton péri en bande de gueules, à la bordure de même ; le tout surmonté de la couronne ducale (1).

Avant de placer ce livre sur les rayons de ma bibliothèqne, à titre de livre simplement plaisant à voir, je l'ouvris. Je ne lutte jamais contre cette irrésistible envie de feuilleter les vieux bouquins médicaux, à laquelle cédait fatalement aussi feu mon regretté maître VERNEUIL et dont il a parlé quelque part :

Si vous êtes animé de cette curiosité si pleine de charme qui consacre de longues heures à lire les petits livres obscurs, rares, édités une fois ou deux à peine, vous ne tarderez pas à vous convaincre que la plupart des découvertes importantes, des idées lumineuses dont nous profitons aujourd'hui, appartiennent non pas aux célébrités de la profession, mais à des hommes plus ou moins ignorés, relégués parfois hors des grands centres, et n'ayant jamais porté la pourpre professorale. Ces hommes, je les appelle : les *petits prophètes de la chirurgie* (2).

Affirmer que presque tous les grands progrès ont eu pour auteur des inconnus, c'est peut-être excessif. Ce qu'il y a de certain, c'est que la plupart de ces progrès ont été préparés, ébauchés, annoncés par des anonymes.

A ce point de vue et sans avoir formulé de façon précise une « grande découverte ou une idée lumineuse », BELLOSTE est bien un *petit prophète*. J'en veux faire juges nos lecteurs, et pour cela prendre les choses curieuses que j ai rencontrées dans son livre pour thème d'une de ces causeries de vacances sur l'archéologie médicale qu'ils ont paru goûter quelquefois.

* * *

Il arrive assez souvent que l'on rencontre dans un vieil écrivain un passage qui, détaché de son contexte, semble prophétique. On peut, en y mettant quelque complaisance, y voir une intuition devançant l'époque de l'auteur, une vérité devinée dans un éclair. N'a-t-on pas prétendu autrefois démontrer par l'interprétation élastique de textes vagues, que la circulation du sang avait été entrevue par HIPPOCRATE et même par CONFUCIUS ! Ce qu'il y a de remarquable dans ce dont je vais parler c'est qu'il ne s'agit pas seulement d'une brève citation, d'une courte phrase isolée susceptible de commentaires ingénieux ; mais bien d'une série d'assertions raisonnées, aboutissant à une théorie complaisamment et longuement développée. Un honnête chirurgien d'il y a deux cents ans, observateur un peu terre à terre mais sagace et consciencieux, a rassemblé des faits, noté des résultats et émis à leur sujet une doctrine dont le concept reste embrouillé et obscur, entremêlé du reste d'erreurs physiologiques grossières ; mais qui, éclairé et élucidé par les découvertes pastoriennes, prend un relief singulier et est presque transposable à la moderne. C'est ce que je souhaiterais montrer ici, sans pour cela faire de l'auteur un précurseur génial et lui élever rétrospectivement une statue.

Cet auteur, ce brave BELLOSTE, n'est pas absolument un inconnu. Les dictionnaires de médecine lui font unanimement l'honneur de quelques lignes de biographie :

BELLOSTE Augustin), chirurgien français, né à Paris en 1654, est mort à Turin en 1730. Son livre *le Chirurgien d'Hôpital*, et un *Traité des effets du Mercure* eurent de nombreuses éditions en France, en Hollande, en Italie. C'était un homme étonnamment modeste, très respectueux de la hiérarchie et profondément convaincu de l'efficacité de la thérapeutique. Jugez-en par ces lignes assez savoureuses de sa préface :

« Je ne prétends pas anticiper sur les droits de Messieurs les Médecins. Mais j'écris dans un hôpital (1) où l'on m'a abandonné la conduite entière des blessés. Je me ferai toujours une loi, quand l'occasion le permettra, de me renfermer dans les bornes de ma profession : un chirurgien qui veut dignement remplir son devoir trouve assez d'occupation dans ce qui est de son ressort ; et ceux qui veulent tout savoir ne savent rien pour l'ordinaire. Il est pourtant très avantageux qu'un chirurgien sache dans l'occasion se servir à propos des remèdes généraux, car une saignée, une potion, un clystère, ordonnés en temps et lieu, peuvent sauver la vie d'un blessé ou du moins éviter beaucoup d'accidents. »

En ces temps lointains, qui se sont prolongés jusqu'à nos jours, on n'obtenait guère de réunion immédiate. BELLOSTE pourtant en a vu quelques-unes, nous y reviendrons plus loin. Mais en général un chirurgien

(1) Armorial du Bibliophile, par GUIGARD. T. I, p. 129, femmes Bibliophiles.

(2) VERNEUIL. Disc. à la Soc. de Chirurgie du 13 Juillet 1859. Mém. de Chirurgie. T. V.

(1) L'hôpital de Briançon.

d'armée qui ne soignait que des plaies de guerre, qui les voyait toujours tardivement, c'est-à-dire infectées, ne connaissait pas d'autre mode de guérison que le processus suppuratif.

La pratique courante était de débrider la plaie, de la débarrasser des corps étrangers et des caillots, puis de la remplir, d'en bourrer jusqu'au fond tous les recoins, toutes les anfractuosités avec des *tentes, bourdonnets* ou *plumasseaux* de charpie ou d'étoupes, dans le quadruple but « de tenir les orifices des playes » dilatées, d'introduire par leur moyen les remèdes » au fond des playes, d'aider à faire sortir les corps » étrangers, d'imbiber ces substances spongieuses » des impuretés et des excréments dont les plaies se » remplissent (1) ».

Lorsque les plaies étaient vastes et la suppuration abondante, cas fréquent, on renouvelait ce pansement tous les jours au moins, deux fois par jour souvent : « on irrite les playes par ces visites fréquentes et » douloureuses. Tantôt on y touche avec les doigts, » tantôt avec le fer. Le pauvre blessé reste quelquefois » une heure dans cette pitoyable posture et le plus » souvent deux fois le jour. Je n'ai pas à nommer les » lieux en France, en Italie, en Allemagne, où j'ai » vu pratiquer de la sorte par des gens qui occupent » néanmoins des postes assez considérables (2) ».

Belloste s'élève avec beaucoup d'énergie et d'insistance contre « ces méthodes cruelles ». Son livre est surtout écrit pour les combattre.

Il peut être bon, dit-il, de tamponner les plaies tout-à-fait au début pour arrêter une hémorrhagie ou empêcher la réunion des incisions de débridement que l'on fait parfois ; mais, passés les deux ou trois premiers jours, l'usage des *tentes* est inutile et pernicieux. Il suffit de maintenir l'orifice de la blessure ouverte sans en bourrer toute la cavité. Les *tentes* ne facilitent pas la sortie des corps étrangers ; elles contribuent, au contraire, à les y retenir. Il est facile d'introduire, sans leur secours, les remèdes au fond des plaies ; il suffit, pour cela, de donner une consistance fluide ou molle aux onguents et baumes qu'on emploie ordinairement à leur guérison. Enfin, les matières purulentes restent-elles moins dans les plaies quand les *tentes* s'en imbibent ? il est bien plus salutaire de leur procurer un écoulement libre que de maintenir les surfaces traumatisées en contact

(1) p. 3.
(2) p. 78.

avec des étoupes ou de la charpie imprégnées de pus ou de sanie.

Quant aux pansements quotidiens ou biquotidiens, Belloste les réprouve formellement, en s'appuyant, suivant la mode du temps, sur l'autorité de Galien, de Fabrice d'Aquapendente, et aussi de quelques auteurs plus récents, entre autres de Verduc et d'un « chirurgien italien dont le nom lui échappe, mais » dont il a lu à Rome, en l'an 1678, un petit livre qui » soutenait les mêmes idées ».

Belloste résume ainsi sa pratique. « Je supprime » les tentes et les dilatants autant que le cas le per» met, car il n'y a pas de règle sans exception. Je ne » cause que peu ou point de douleur si ce n'est au » premier appareil où je dilate (ou débride) toujours » les playes, particulièrement celles d'armes à feu ; » et je fais tous mes efforts pour tirer les corps étran» gers. Mais, dans la suite, je n'ai que trois choses en » recommandation qui sont de panser *doucement,* » *promptement et rarement* (1). » Si, à ces trois adverbes, il avait ajouté : *proprement,* la formule serait parfaite.

Ce système lui réussissait bien d'ailleurs : « Il n'y a » guère, conclut-il, que le seul hôpital de Briançon » où l'on ne panse une seule fois le jour quelques » blessés ; et plusieurs autres de deux ou de trois à » quatre jours l'un. Si j'avais trouvé cette pratique » pernicieuse, je n'aurais pas été assez malheureux » pour la continuer ni pour solliciter les autres à » la suivre (2). »

Ayant constaté les résultats heureux des pansements rapides et rares, Belloste en cherche l'explication dans les propriétés nocives de l'air sur les plaies. D'abord « le froid est contraire aux playes ; » personne n'en doute. Tout le monde convient aussi » que l'air, en quelque saison que ce soit, est plus » froid que les parties internes de notre corps (3) ». Puis la composition chimique de l'air joue un rôle fâcheux sur les blessures : « les parties acides et nitreuses dont on prétend qu'il est chargé » peuvent apporter de grands désordres dans les tissus vivants. On objectera qu'alors nous devrions être incommodés par l'air que nous respirons. Mais les poumons le purifient et le filtrent. « Il n'y a que les poumons qui » ayent la propriété et la commission de recevoir

(1) p. 56 et 83.
(2) p. 74.
(3) p. 63.

» l'air et de le modifier pour l'avantage de tout le » corps. Il n'en est pas ainsi des plaies qui *n'ont* ni » ressorts ni organes pour cette préparation (1) ».

On voit que la chimie de Belloste est sommaire et confuse. Ailleurs ces « parties nitreuses » de l'air, il les qualifiera d' « arsenicales ». Sa physiologie est aussi très fantaisiste, car il croit que l'air peut pénétrer dans l'organisme à travers la peau et les téguments et c'est ainsi qu'il explique « plusieurs expé» riences où, l'usage de la respiration ayant été sup» primé, le sujet a subsisté quelque temps par le » moyen de l'air qui se communiquait par les poro» sités du cuir. On a même tiré du gibet des gens » tenus pour morts pendant un assez grand espace » de temps, lesquels, avec un peu de secours, ont » repris leur état naturel; d'où il est facile de juger » que, l'air n'ayant pas pu passer dans le sang par » la voie de la trachée-artère, la nature avait trouvé » moyen d'en fournir au cœur et aux poumons, par » les porosités, une quantité suffisante (2)! »

Mais ces idées étranges et fausses n'empêchent pas la page suivante, que je reproduis textuellement en élaguant seulement certaines répétitions inutiles, d'éveiller notre curiosité et de mériter quelque attention :

On ne doit pas nier que l'air ne soit rempli de *parties très subtiles* et très pénétrantes... Si l'air est assez subtil pour traverser des membranes aussi denses et aussi serrées que les téguments, il doit à plus forte raison pénétrer bien au delà de l'étendue et de la cavité d'une playe, où il ne trouve rien qui l'arrête, puisque l'épiderme arrête tout ce que l'air a de grossier, de terrestre et de visqueux... Il serait à désirer que les playes, à l'heure du pansement, fussent couvertes de quelque chose qui pût faire le même office que l'épiderme, c'est-à-dire qui, retenant les *particules* acides et embarrassantes de l'air, leur défendît l'entrée dans les playes. Car, si l'on en croit les philosophes modernes, ces mêmes *atomes*, étant la source de tant de maux contagieux que nous voyons, ne pourront-ils pas aussi produire de corruptions très dangereuses, quand ils s'attacheront et s'agglutineront à des parties vives et sensibles? Or, si les *atomes* sont susceptibles des accidents les plus pernicieux qu'on attribue à l'air dans certaines constitutions, ne peuvent-ils pas, dans les hôpitaux particulièrement, se charger des mauvaises qualités qu'il aura contractées par l'haleine et la transpiration du malade?... Manifestement les corpuscules de l'air sont plus chargés dans les hôpitaux de ces *particules subtiles* et caustiques que dans les autres lieux ; et les playes assez souvent, si l'on n'y prend un grand soin, deviennent par leur moyen chancreuses, toujours putrides et souvent fistuleuses et incurables.

La vieille pratique que j'ai des hôpitaux m'a fait connaître que les lieux où les malades ont fait quelque séjour conservent longtemps la mauvaise odeur qui leur avait été communiquée par ces malades. On n'en peut accuser, ce me semble, que les *atomes impurs* qui se sont attachés aux murailles et qui obligent ceux qui veulent ensuite habiter ces mêmes lieux de les couvrir de plâtre ou de chaux pour se mettre à l'abri de l'infection qu'on pourrait recevoir de ces *ferments morbifiques*.

Les draps et les autres marchandises qui viennent de pays attaqués de contagion ne sont-ils pas passés par le feu pour purifier et consumer les *atomes pestilentiels* qui peuvent s'y trouver engagés, et qui auraient la force, sans cette précaution, de communiquer une peste universelle dans les lieux où ils sont apportés? Si donc ces *atomes* ont assez de ténacité, de consistance et de *vertu fermentative* pour s'attacher sur un corps dur et uni comme l'est une muraille et y rester plusieurs mois sans perdre leur mauvaise odeur ni leur disposition à ronger et à putréfier, que ne feront-ils point dans les playes découvertes où les fibres sont toujours humides, gluantes, délicates et sans soutien? (1).

Il est clair que Belloste croit à la présence, dans l'atmosphère des hôpitaux et des locaux infectés, d'éléments nocifs spéciaux surajoutés à l'air ordinaire ; bien qu'il ne les différencie pas assez nettement des fameuses « parties acides ou nitreuses » constitutives à ses yeux de l'air lui-même. Et ces éléments nocifs, pathogènes, sont destructibles par le feu et par d'autres procédés de désinfection. Assurément tout cela est exposé dans un style scientifique qui nous paraît bizarre et vieillot ; mais aux mots que j'ai soulignés dans ce passage, *particules subtiles, atomes impurs et pestilentiels* (*atomes* signifiant simplement pour l'auteur des corpuscules infiniment petits que leur excessive ténuité soustrait aux constatations de nos sens), substituez des expressions modernes tels que *germes*, ou même *ferments morbifiques* qu'il emploie comme synonyme une fois par hasard ; et dites si vous ne trouvez pas là une intuition, vague et incomplète assurément, mais réelle, de l'existence des microbes.

Telles étaient l'intéressante théorie et la pratique louable du bon Belloste. Quoiqu'il affirmât que, » quand il arrive solution de continuité à un corps » sain, la nature n'a besoin que du baume ordinaire » des parties blessées, c'est-à-dire du suc nourricier, » pour en procurer la réunion (2), » il joignait cou-

(1) p. 67.
(2) p. 68.

(1) Pages 68 à 71.
(2) Page 7.

ramment à sa technique de pansements l'usage de topiques nombreux et compliqués. La « Pharmacie chirurgicale » n'occupe pas moins de 100 pages de son livre. On y rencontre mainte formule d'eaux, de baumes, d'onguents auxquels il attachait quelque importance. Les substances employées sont parfois des plus extraordinaires : le suif de bouc, la fiente de vache, l'huile de vers de terre, la poudre de cloportes, la poudre de crâne humain desséché ! D'une façon générale ces topiques ressortissent d'une pharmacopée extrêmement archaïque. Les très anciens chirurgiens se servaient beaucoup pour l'usage externe de macérations d'aromates dans du vin ou dans de l'eau de vie, d'onguents préparés à chaud avec térébenthine, baume du Pérou, essences de benjoin, de romarin, de mélilot ; avec des sels mercuriaux, du vitriol blanc (sulfate de zinc), de la couperose verte (sulfate de cuivre), etc., etc. ; toutes substances qui n'avaient pas les vertus complexes qu'on leur attribuait, mais qui étaient presque toutes microbicides. La pratique inaugurée par AMBROISE PARÉ, — je l'ai dit ailleurs (1) et c'est un fait bien connu, — fut plutôt un recul. PARÉ, entraîné par ses idées, justes du reste, sur la non-vénénosité des « playes de harquebuzade », commença de mettre en honneur les topiques simples et inaugura cette funeste chirurgie des cataplasmes et du cérat qui devait durer plus de deux siècles et dont les gens de mon âge ont vu la fin.

BELLOSTE, lui, reste fidèle aux très vieux errements. Lisez plutôt cette recette d'une « eau pour arroser toutes sortes de playes et mouiller les linges dont on les recouvre ».

Prenez : eau-de-vie bien rectifiée, six livres. Hypéricum, millefeuilles, hyssope, deux poignées de chaque. Poudre d'encens et de myrrhe, trois onces de chaque. Mettez tout cela en infusion pendant 4 jours ; et distillez au bain-marie ou au bain de sable. Cette eau aura encore plus d'efficace si on l'accompagne des poudres qui suivent : encens, mastic, sarcocolle, bol d'Arménie et sang dragon, parties égales, que vous pulvérisez et mêlez ensemble, pour les répandre sur la plaie pénétrée de l'eau précédente et sur les linges qu'on aura trempés dans la même eau (2).

Il est probable en effet que cette application sur des surfaces suppurantes d'alcool et d'aromates germicides devait prévenir ou atténuer les complications infectieuses.

J'ai dit que BELLOSTE cherchait parfois la réunion par première intention, dans les plaies fraîches d'instruments tranchants par exemple (1). Mais c'est surtout quand un os est mis à nu qu'il recommande de tenter la réunion :

C'est une règle presque universelle que, d'abord qu'un os est découvert, on dilate la playe avec des tentes pour attendre l'exfoliation. Cela s'observe si religieusement dans plusieurs hôpitaux du Roy qu'on croirait avoir commis un meurtre si on n'avait satisfait non seulement à cette loi mais encore à toutes celles dont les Anciens nous ont bercés ; comme si nous étions obligés de suivre aveuglément et éternellement leurs maximes.

L'expérience m'a fait voir en mille occasions que, quand un os est simplement découvert, tout consiste pour en éviter l'altération, à le défendre des attaques de l'air. Pour cet effet il faut procurer la réunion de la playe le plus tôt qu'il sera possible, par le moyen des bandages propres et des remèdes balsamiques, sans la dilater avec les tentes et les bourdonnets. Par là l'os se recouvre promptement et l'on évite l'exfoliation qui est absolument nécessaire quand on a donné le temps à l'air d'y faire ses impressions (2).

Pour hâter l'adhérence des téguments réappliqués sur l'os il conseille, spécialement dans les plaies de tête où le cuir chevelu est décollé du crâne, une méthode qui lui est personnelle et qui consiste à faire sur la table externe avec le perforatif du trépan des espèces d'acupunctures, de petits trous pénétrant jusqu'au diploé (3). « Par ce moyen on donne passage à un suc « moelleux et colleux », qui aide à l'accolement rapide des surfaces, ou, s'il n'y a pas de réunion immédiate, fait que l'os se revêt promptement d'une membrane granuleuse. On n'évite pas alors, comme il le pense, l'exfoliation osseuse mais on l'accélère. Il donne, à l'appui de cette pratique discutable, diverses observations « d'ecopé, diacopé et aposcheparnismos » (4) où la cicatrisation parfaite à été obtenue en deux, trois et cinq semaines.

Le reste du volume est consacré à des considérations assez banales sur les tumeurs et abcès, les playes de poitrine pénétrantes, les ulcères, les brûlures, etc. etc. ; sur un procédé de pansement des plaies osseuses de trépanation au moyen de lamelles de plomb perforées de petits orifices. Tout cela n'offre rien de bien intéressant.

Somme toute, à son époque, et presque jusqu'à notre temps en matière de thérapeutique des plaies,

(1) *Echo médical du Nord* du 8 Septembre 1901.
(2) page 413.

(1) p. 45.
(2) p. 85-86.
(3) p. 87.
(4) p. 114.

ce livre a pu être pour le praticien un guide précieux ; et l'on comprend le cas qu'en faisait un de ses possesseurs ; — car, avant d'arriver de la Bibliothèque de Madame la duchesse de Savoie à celle de mon ami HENSEVAL et à la mienne, ce petit in-octavo a dû passer, au hasard des ventes, par une ou plusieurs mains. Le possesseur en question « Joseph Sondelyon, *officier de santé,* » (ce titre indique qu'il vivait sous la Révolution ou après elle, car l'institution des *officiers de santé* date de 1794,) manquait d'orthographe mais non de jugement. Il écrit en effet sur la page qui suit le feuillet de garde, cette appréciation enthousiaste : « Tu ne me quitera jamai, car je te trouvent bon. Je » n'ai jamais oui ton pareille. »

***

Comment expliquer, après cela, qu'un homme comme BELLOSTE, paraissant jouir, ainsi qu'eussent dit nos aïeux, d'une « bonne judiciaire », ait accumulé dans sa *Dissertation sur la Rage* tant d'insanités saugrenues, panachées de chimie cocasse et de pseudo-érudition historique enfantine; mais où surnage encore cette idée de corpuscules impalpables flottants dans l'air considérés comme causes de maladies ? On ne pourrait s'en faire d'idée si nous ne citions pas. Citons donc :

Il y a, dit en substance BELLOSTE, deux espèces de rage chez le chien : la rage d'été ou *Australe,* et la rage d'hiver ou *Septentrionale.* « La cause de la rage » Australe est une multitude de petits corps actifs, » âcres, malins et brûlants que le soleil attire en été » de certains cantons d'une terre puante, limoneuse » et mêlée d'une partie de cinabre mal apprêté ; d'où » sortent de petits corps de même nature par la » sublimation d'un feu souterrain. — La cause de la » rage Septentrionale est un acide soufré, pénétrant » et malin, formé de petites parties de même » nature, lesquelles ayant été attirées avant le grand » froid dans la moyenne région de l'air, s'y sont » arrêtées jusqu'à ce que le vent septentrional les » ait poussées à la surface de la terre en forme » de tourbillon, dont les pointes étant semblables en » figure avec les pores des chiens, entrent dans leur » corps et épaississent leur sang. » ! Le chien enragé, » ayant mordu l'homme, lui inocule les susdits petits » corps. Et alors, comme le sang des animaux con- » tient les idées de l'espèce, ce qui se prouve par un » passage de l'Ecriture (1), la personne mordue » imite les actions des chiens en mordant, en aboyant, » et égratignant »!! Et l'auteur ajoute « pour appuyer » ce système, que l'Empereur Commode ne fut très » cruel que parce que sa mère Faustine le conçut » après avoir bu tout chaud le sang d'un gladiateur » qu'elle aimait éperduement ; et que l'Empereur » Caligula ne fut si sanguinaire que pour avoir sucé » avec le lait le sang que sa nourrice marâtre mettait » sur ses mamelles lorsqu'elle les lui présentait »!!!

(1) Lévitique, cap. 7.

Pour combattre la rage chez l'homme « il y en a » qui font rougir au feu un fer et l'appliquent dessus » la morsure. Mais l'auteur préfère nettoyer la plaie » à l'eau salée, y faire des scarifications profondes et, » ayant tiré le sang par une ventouse, appliquer » dessus un cataplasme que vous ferez avec un » oignon, deux têtes d'ail et une demi-once de » thériaque. N'oubliez pas de faire prendre au malade » aussitôt après le premier appareil, un verre de » décoction de chardon-bénit, de scorsonaire ou de » scabieuse, après y avoir délayé quinze ou seize » grains de diaphorétique minéral et huit ou dix » grains de sel volatil de vipère avec une once de » sirop d'œillets ou d'absinthe (1). »

N'insistons pas trop sur ces choses affligeantes. Au surplus, BELLOSTE, qui fait habituellement preuve de sagacité, se montre, sur certains points d'une crédulité invraisemblable. Un peu moins naïvement gobeur qu'Ambroise PARÉ ou que Cornélius AGRIPPA, il ne croit guère aux diableries et aux sortilèges (2), (le XVIIIe siècle commence) ; mais des malades simulateurs lui font avaler des bourdes stupéfiantes. Exemple :

Un valet âgé de dix-huit ans, après avoir mangé du lait dans la chaleur de l'été, se coucha le long d'une haie, et s'y étant endormi, apparemment la bouche ouverte, un serpent, attiré par les vapeurs du lait, entra dans le corps de ce garçon et ne lui causa d'abord d'autre incommodité qu'un grand froid et un peu de pesanteur qu'il sentit dans l'estomac en s'éveillant. A peine fut-il rentré au logis qu'il se plaignit de violentes coliques, disant qu'il avait avalé un serpent qu'il sentait tourner dans son corps. Après l'avoir interrogé, je soupçonnai, comme lui, un serpent qui, ne trouvant rien à manger dans l'estomac de ce garçon, y causait tout ce désordre. Pour y remédier, je crus que je pouvais me servir d'un remède dont j'avais ouï parler en semblable occasion ; c'est du lait que les serpents aiment sur toutes choses (s'il est vrai, comme on n'en doit pas douter, qu'ils tettent les vaches dans leurs étables). Je fis donc emplir une chaudière de lait qu'on mit bouillir. Lorsqu'elle fut retirée

(1) P. 527 à 534.
(2) P. 57.

du feu, on suspendit le malade, on mit la chaudière au-dessous de sa tête et il n'eut pas plutôt ouvert la bouche pour recevoir la vapeur du lait que nous vîmes le serpent dans la chaudière où il trouva la mort par cet appas (1).

Nous quitterons BELLOSTE sur cette joyeuse fumisterie.

***

BELLOSTE appartient incontestablement à la liste des chirurgiens ayant, au cours des siècles, pratiqué, de façon assurément très incomplète, ce que j'ai appelé « l'Asepsie et l'Antisepsie inconscientes » (2) ; soit au hasard, sans raisons ou guidés par des conceptions imaginaires, soit en conformité de théories s'approchant plus ou moins des vérités démontrées aujourd'hui.

— C'est DOUBLET, l'initiateur de la pure et simple propreté chirurgicale, faisant, au dire de BRANTOME, « *par beau linge blanc et belle eau claire venant de la fontaine ou du puits*, des cures étranges et merveilleuses » ; si merveilleuses qu'on les attribuait à la Magie (3).

— C'est, au XVI• siècle encore, MAGATUS (de Ferrare) — au XVIII• siècle l'espagnol Eugenio DE LA PENNA, SANCASSINI, LECAT (de Rouen), BERTHERAND, tous partisans, avant ou après BELLOSTE, des pansements rares.

— C'est plus près de nous, JOSSE (d'Amiens) se faisant en 1835 le héraut de l'irrigation continue des plaies.

— LAUGIER revêtant en 1844 les plaies d'une pellicule de baudruche, réalisant ainsi l'épiderme factice réclamé par BELLOSTE.

— Jules GUÉRIN à qui la conviction que l'air est par lui-même nocif inspire en 1839 la pratique des ténotomies sous-cutanées, et plus tard en 1866 le principe du pansement par aspiration pneumatique.

— C'est CHASSAIGNAC cherchant à supprimer l'infection par le drainage chirurgical, fermant les béances vasculaires absorbantes par l'écrasement linéaire et préconisant le pansement occlusif (1856-1859).

— C'est MAISONNEUVE, un remueur d'idées à l'initiative duquel on n'a pas rendu suffisamment justice et qui n'a pas toute la gloire qu'il mérite ; MAISONNEUVE, créateur de la théorie erronée mais ingénieuse de l'auto-infection, pour qui les accidents infectieux des plaies sont des intoxications produites par les humeurs sécrétées susceptibles de s'organiser. Or, dans les blessures ouvertes, ces produits ne se trouvent plus dans des conditions de lieu et de température propres à maintenir leur vitalité ; ils meurent, et ces liquides morts se putréfient et forment des substances infectantes pour l'économie. Empêchez ces liquides de mourir et vous n'aurez pas d'accidents ; c'est là le secret de l'innocuité des opérations sous-cutanées et des écrasements sous la peau restée intacte. Ces liquides morts, empêchez-les de se putréfier par des liquides antiseptiques (alcool, thymol) ; ou bien encore fermez, par les flèches caustiques ou par l'écrasement des tissus, les bouches d'absorption des poisons putrides, et vous éviterez l'infection (1).

— C'est Alphonse GUÉRIN, l'hétéro-infectioniste, professant dès 1845, que la pyohémie est le résultat d'un empoisonnement par les émanations impalpables et invisibles des plaies ; et qui, atteignant enfin la vérité, soupçonne en 1868 que ces émanations ne sont autre chose que les « corpuscules panspermiques » que PASTEUR vient de découvrir dans l'air.

— C'est BOURGADE (de Clermont-Ferrand) imaginant en 1867 une réédition moderne de la très vieille méthode de la cautérisation des plaies par « l'huile fervente » ; laquelle, dirigée contre la toxicité imaginaire des plaies d'harquebuse, n'en avait pas moins l'avantage, en cuisant littéralement les surfaces cautérisées, de les revêtir hermétiquement d'une escharre adhérente, cuirasse protectrice contre les germes pathogènes. BOURGADE couvrait toute la plaie opératoire de bourdonnets, imbibés de perchlorure de fer et obtenait, par ce procédé (douloureux à la vérité et incompatible avec la réunion immédiate), une série de 97 grandes opérations pratiquées sans une seule mort à l'Hôtel-Dieu de Clermont, qui était alors un véritable foyer d'infection purulente. Résultat inouï pour l'époque.

— C'est PARISE (de Lille), inaugurant vers 1868 une méthode très analogue au spray de Lister : l'arrosage continu du champ opératoire, durant toute la durée de l'intervention, avec une solution saturée d'alun pour détruire les « miasmes phlébitigènes » supposés flottants dans l'atmosphère.

— C'est beaucoup d'autres encore que je ne connais pas sans doute....

(1) p. 538.
(2) Voyez. L'*Asepsie et l'Antisepsie inconscientes*, par le Dr Emile LANGLOIS, thèse de Lille 1903, où il est sommairement parlé de BELLOSTE.
(3) Voyez mon article sur Ambroise PARÉ (*Revue de Paris*, sept. 1901).

(1) Leçons cliniques sur l'intoxication chirurgicale recueillies par DRANSART et publiée in *Union Médicale*, octobre 1869.

De ces chercheurs qui ont préparé l'avenir, les uns ont eu leur heure de notoriété, mais on est en train de les oublier; les autres, les *petits prophètes*, sont presque ignorés.

A ceux-ci comme à ceux-là, il est juste, quand l'occasion s'en présente, d'accorder un souvenir et un hommage.

C'est ce que j'ai essayé de faire pour BELLOSTE.

Dr H. FOLET.

Wissant, août 1905.

Consultations Médico-Chirurgicales

Corps étrangers du pharynx

Professeur-agrégé GAUDIER.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Il est fréquent de voir s'arrêter dans le pharynx et se fixer dans ses parois des corps étrangers introduits volontairement ou involontairement pendant la déglutition. Involontairement, et chez l'adulte, les corps étrangers sont, la plupart des temps, pointus et acérés, tels qu'arêtes de poisson, fragments d'os de volailles, etc.; volontairement, et chez l'enfant, il peut aussi y en avoir d'arrondis ou d'aplatis, tels que noyaux, boutons de vêtement, petites pièces de monnaie.

Les manifestations cliniques sont immédiates et éloignées. Les signes immédiatement perçus sont pour les corps acérés, des sensations de piqûre vive, toujours rapportées plus bas que le point de fixation. Cette douleur peut cesser rapidement, soit que le corps ait été entraîné spontanément, soit qu'il soit resté en place. Cependant le plus généralement la sensation persiste, confuse ou exaspérée seulement à l'occasion de la déglutition d'aliments solides. Pour les corps arrondis ou aplatis, le patient perçoit des sensations moins aiguës et en raison de leur siège n'accuse guère que la gêne locale et présente une toux réflexe insupportable. Quant aux manifestations éloignées, dans les deux cas, si le corps étranger n'est pas enlevé rapidement, elles consistent en une véritable obsession pour le patient, qui peut le mener aux traitements les plus ridicules et les plus dangereux. Il peut en résulter des tics très pénibles à forme de toux ou de hemmage.

INFORMATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — Les corps acérés se logent tous dans l'amygdale ou entre l'amygdale et les piliers. Les corps aplatis reposent dans les fossettes glosso-épiglottiques plus ou moins profondes.

Ces corps peuvent dans quelques cas se dégager spontanément et être déglutis. Le plus souvent il faut en pratiquer l'extraction à cause des troubles immédiats, douloureux, éloignés, réflexes, et des complications immédiates et très rares telles que des hémorragies, ou éloignées telles qu'abcès autour du corps étranger, qu'elles peuvent comporter.

TRAITEMENT. — L'extraction instrumentale est la règle dans tous les cas. Elle peut être facile et rapide, ou difficile et longue. Les types cliniques sont à ce point de vue très variés :

A) Le patient vient vous trouver immédiatement après l'accident; c'est un adulte. — L'examen méthodique de la gorge est de rigueur. Il faut éclairer la gorge au moyen du miroir frontal, réfléchissant la lumière solaire, ou une bonne lumière artificielle (bec Auer). Il faut avoir un abaisse-langue, un petit bistouri à manche long, une pince droite, une pince recourbée à courbure laryngée, à mors fins et pointus; un crochet mousse pour écarter l'amygdale et les piliers. Si le malade est pusillanime ou très énervé une pulvérisation de cocaïne ne sera pas inutile. Il faut aussi faire gargariser le sujet pour bien nettoyer les surfaces amygdaliennes.

La gorge étant bien éclairée et l'abaisse-langue déprimant bien la langue :

1° *On voit le corps étranger de suite.* C'est généralement fiché dans un crypte amygdalienne qu'on voit le corps étranger, et, comme c'est le plus souvent une arête ou un os, il tranche très nettement sur la coloration de l'amygdale.

a) C'est une simple pointe. D'un **coup de pince** on l'extrait avec douceur en ayant soin de ne pas l'écraser.

b) C'est un corps barbelé, une arête de brochet, par exemple. L'extraction peut être difficile. Si l'on tire trop sur lui on peut le casser et laisser la pointe dans les téguments. On peut essayer de la **manœuvre du pêcheur**, qui pour retirer un hameçon le repousse d'abord, puis le désenclave et l'extrait ensuite plus facilement. Si l'on ne peut y arriver, il faut, après attouchement à la cocaïne, ou sans anesthésie, d'un coup de pointe **libérer la flèche** que tient la pince. Cette petite manœuvre est délicate car les sujets regimbent, ont des nausées et de plus il faut un aide pour tenir l'abaisse-langue.

2° *On ne voit pas le corps étranger.* Toujours bien déprimer la langue, bien éclairer le fond de gorge et au moyen du crochet qui attire l'amygdale ou les piliers et qui permet d'explorer les replis staphylo-amygdaliens supérieur, antérieur et postérieur, compléter par l'examen au miroir qui montrera la face postérieure de l'amygdale, difficilement explorable si elle est volumineuse.

Le corps étranger peut être enfoncé au ras de l'amygdale. Petit point blanc entouré d'une zone plus rouge,

inflammatoire, et que l'on peut sentir par le toucher. Il peut être à la partie supérieure de l'amygdale, entre les deux piliers dans cette fossette qui envoie un prolongement interne. Il peut être entre l'amygdale et le pilier antérieur, plus souvent entre l'amygdale et le pilier postérieur.

Si on ne le trouve point en ces points précis, en se rappelant bien que ces corps étrangers sont toujours plus hauts situés que trop bas comme le rapporte à tort le malade, il faut alors au moyen du miroir laryngoscopique explorer la base de la langue, l'amygdale linguale, et les fossettes épiglottiques. — Cet examen dernier peut être difficile surtout quand ces fossettes sont profondes et que l'épiglotte lamelleuse colle à la base de la langue. Dans ce cas il faut au moyen d'un écarteur quelconque refouler l'épiglotte en arrière ou pratiquer le toucher en insinuant l'index entre l'épiglotte et la langue. Le corps étranger, une fois reconnu, l'extraction s'en fera, mais autant que possible sous le contrôle de la vue, sauf pour les fossettes où l'on pourra se guider sur le doigt.

B) Le patient vient au bout de quelques jours; c'est un adulte. — A force d'explorer digitalement sa région, de tousser, de faire des efforts pour rejeter le corps étranger, le patient arrive le plus souvent dans l'état suivant. La gorge est rouge, les amygdales tuméfiées. Tout le pharynx est d'une sensibilité maladive et se révolte quelquefois même à la simple ouverture de la bouche.

On comprend combien l'examen doit être méthodique, et surtout si l'on se rappelle que certains malades finissent par ne plus savoir le côté piqué. Souvent on sera guidé par la couleur du corps étranger ou par la présence d'un petit abcès formé autour du corps étranger. **Les explorations doivent être faites avec des instruments stérilisés** et ne doivent pas durer trop longtemps, car il pourrait en résulter l'infection amygdalienne. Si une recherche minitieuse en les points d'élection ne décèle rien, c'est que le corps étranger n'est plus, et que seule persiste la sensation d'arête dans le pharynx. Persuadez alors à votre malade et cela quelquefois très difficilement qu'il s'agit d'un simple trouble paresthésique posttraumatique et prescrivez lui des **gargarismes émollients**, guimauve et pavot, fréquemment renouvelés.

C) Il s'agit d'un corps arrondi, involontairement dégluti par un adulte. — Le patient nous en fait le récit et dit « je le sens là », indiquant la base de la langue et prétend même le sentir avec le doigt.

Le corps n'est pas dans l'amygdale, aussi ne vous y attardez pas, et au moyen du miroir explorez les fossettes glosso-épiglottiques. Si vous voyez le corps étranger, **n'essayez jamais de le mobiliser avec le doigt**, car vous pouvez le faire pénétrer dans la glotte (il y en a des exemples), et provoquer des symptômes de corps étrangers du larynx.

Avec une pince recourbée, sous le contrôle du miroir, sachant qu'il est difficile de saisir un noyau qui fuit sous la pince, faites l'extraction immédiate.

D) Il s'agit d'un enfant. — Cet enfant présente :

1° Soit des troubles de la déglutition survenus après e repas, ou il a mangé du poisson à arêtes, de la volaille concassée.

2° Soit de la toux réflexe quinteuse, du type striduleux, survenue après ingestion de fruits à petits noyaux, ou sans cause apparente, mais dans la journée, en très bonne santé, sans rhume, ni angine.

L'examen méthodique ne peut être fait que difficilement. Il nécessite le plus souvent l'application de l'**ouvre-bouche** et quelquefois même l'**anesthésie** au bromure d'éthyle.

L'exploration de l'amygdale sera relativement facile à moins que l'enfant inonde de salive et de mucus l'isthme du gosier. Le toucher digital rendra des services. Le doigt recherchant à la surface de l'amygdale un point résistant et acéré que de suite ira saisir la pince.

C'est encore le toucher digital qui renseignera sur le contenu des fossettes glosso-épiglottiques, dans le cas où la laryngoscopie sera négative.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — Se méfier du poisson à arêtes et le manger lentement. Pour l'enfant ne lui donner que du poisson sans arêtes, des fruits privés de leur noyau, ne pas les laisser jouer avec des pièces de monnaie ou petits corps aplatis.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Assurance contre les accidents.
Aggravation volontaire des blessures. Escroquerie.

La tentation est forte, pour l'ouvrier bénéficiaire d'une assurance contre les accidents, de profiter de cette assurance pour se faire « entretenir » aux dépens de la Compagnie. Dans ce but, les moyens les plus ingénieux, comme les moins scrupuleux, sont mis en œuvre. Tantôt l'assuré simule un accident qui ne s'est jamais produit, ce qui est l'espèce sur laquelle a statué la cour de Grenoble, par arrêt du 22 décembre 1904, que nous avons rapporté dans l'*Echo médical du Nord*, 1905, IX Tantôt il provoque volontairement un accident, dont ensuite il entretient et aggrave volontairement les conséquences ; c'est l'espèce sur laquelle a statué le tribunal correctionnel de Limoges, par jugement du 1er mars 1905, qui n'est pas moins de nature à intéresser nos lecteurs.

Il avait été établi : 1° qu'en 1896, Sagne, étant employé de

la Compagnie d'Orléans, fut blessé à l'épaule et au bras à la gare d'Ivry, ce qui lui a valu une rente visagère de 360 francs ; 2° que, le 25 novembre 1901, il s'assura contre les accidents à la Compagnie générale et que, le 6 décembre suivant, il eut un accident de bicyclette, fut blessé au genou et à l'épaule gauche et reçut une indemnité de 1.350 francs ; 3° que, le 12 juin 1902, il s'assura à la Préservatrice ; que, le 20 septembre suivant, il fit une chute en descendant de wagon, à la gare de Thiviers, et a touché, pour soixante et un jours d'incapacité, une indemnité de 448 francs ; 4° qu'au mois de janvier 1903, il s'assura à la Zurich, à l'agence de Périgueux ; que, le surlendemain, en gare de Thenon, il se blessa au genou en descendant de wagon et a touché une indemnité de 375 francs ; 5° que, le 7 mai suivant, il s'assura à la Foncière-Transports ; que, trois jours après il se blessa au genou gauche en descendant de wagon à la gare Montjovis et a reçu pour indemnité 515 fr.; 6° que, le 15 octobre 1904, il s'assurait à la Zurich, à l'agence de Limoges, sous le faux nom d'Albert ; que, cinq jours après, il fit une chute dans l'escalier du Champ-de-Juillet, se blessa au genou droit et que, plus tard, par exploit de Brissand, huissier, il fit sommation à M Poumeau, directeur de cette agence, de lui payer 459 francs à titre d'acompte sur l'indemnité à laquelle il prétendait avoir droit.

Mais cette série de « malheurs-accidents » atteignant à intervalles si rapprochés le même individu, éveilla l'attention du directeur de la Zurich. Il porta plainte au parquet. Une information fut ouverte, sur la réquisition du juge d'instruction, le docteur Raymondaud examina l'intéressé Sagne, et dressa un rapport, duquel il résultait que Sagne ne portait aucune trace des blessures qu'il avait reçues dans les cinq premiers accidents rappelés ci-dessus, et que la blessure qu'il s'était faite, le 20 octobre 1904, au genou droit, était dans un état tel qu'il n'était pas douteux qu'elle avait été entretenue et que des moyens avaient été employés pour l'empêcher de guérir.

Sur ce rapport du docteur Raymondaud, Sagne fut poursuivi sous la prévention d'escroquerie au préjudice de la Préservatrice et de la Foncière, puis de tentative d'escroquerie envers la Zurich. Et le tribunal correctionnel de Limoges rendit le jugement suivant :

Attendu que, bien que le docteur Judet de la Combe, qui a examiné Sagne aussitôt après l'accident survenu à celui-ci à la gare de Thiviers, ait émis l'avis que la blessure que celui ci s'était faite serait guérie dans un délai de douze à quinze jours, il n'est pas suffisamment établi que le prévenu ait usé de moyens frauduleux pour faire durer cette blessure pendant soixante et un jours ; que, de ce chef, il y a lieu de le relaxer ;

Attendu, au contraire, que de la déposition du docteur Ducourtioux, il résulte que la blessure que le prévenu s'était faite au genou gauche à la gare de Montjovis était une petite plaie qui lui parut ne pas devoir entraîner une incapacité de travail de plus de dix jours ; qu'il lui donna ses soins pendant cinq ou six semaines en constatant avec étonnement que cette plaie ne guérissait pas, et signa au mois de juin un certificat de guérison ; que malgré les protestations de Sagne, il est convaincu que celui-ci a volontairement irrité et entretenu la plaie autour de laquelle il a remarqué comme une brûlure ; qu'il est donc bien établi que Sagne, en recourant à des manœuvres frauduleuses, s'est fait payer par la Compagnie la Foncière-Transports une indemnité de 516 francs à laquelle il n'avait pas droit, et a escroqué ainsi partie de la fortune de ladite compagnie ;

Attendu que lorsque, le 9 janvier 1905, le docteur Raymondaud a examiné le genou droit de Sagne, il a constaté que la blessure que celui-ci disait s'être faite en tombant dans l'escalier du Champ-de-Juillet était absolument dans le même état que lorsque le docteur Bourdeau d'Antony, du 20 au 25 octobre, avait soigné cette blessure qui lui avait paru insignifiante ; que du rapport de l'expert ainsi que des dépositions de ces deux docteurs résulte la preuve certaine que Sagne a entretenu et envenimé cette plaie par des moyens frauduleux ; qu'il a reconnu lui-même une forte application de teinture d'iode sur son genou ;

Attendu, d'autre part, qu'avant de s'assurer à l'agence de la Zurich, à Limoges, il avait cherché à s'assurer à la Compagnie l'Abeille, qui avait refusé parce qu'elle savait qu'il avait reçu plusieurs indemnités de diverses autres compagnies d'assurances ; que c'est alors qu'il se présenta et s'assura sous le faux nom d'Albert ; qu'il a avoué aussi qu'il a usé de ce faux nom parce qu'il était certain que l'agence de la Zurich, à Limoges, ne l'assurerait pas sous son vrai nom, sachant que Sagne avait déjà été assuré à l'agence de la même compagnie à Périgueux, et avait reçu, par l'effet de cette assurance, une indemnité de 375 francs, et que d'autres compagnies d'assurances lui avaient versé diverses indemnités pour de multiples accidents ; que c'est donc tant par l'emploi de manœuvres frauduleuses que d'un faux nom que le prévenu a tenté d'escroquer à la Compagnie la Zurich une somme d'au moins 450 francs, et s'est rendu ainsi coupable du délit de tentative d'escroquerie, ladite tentative manifestée par un commencement d'exécution n'a manqué son effet que par suite de circonstances indépendantes de la volonté de son auteur ;

Par ces motifs : — Le tribunal relaxe Sagne du délit d'escroquerie au préjudice de la Compagnie d'assurances la Préservatrice ;

Le déclare au contraire coupable et convaincu de s'être à Limoges : 1° dans le courant de l'année 1903, en tout cas depuis moins de trois ans, en employant des manœuvres frauduleuses, fait remettre et délivrer par la Compagnie La Foncière-Transports une somme de 516 francs, et d'avoir par ce moyen escroqué partie de la fortune de ladite compagnie ; 2° dans le courant de l'année 1904, en faisant usage d'un faux nom et en employant des manœuvres frauduleuses, tenté de se faire remettre et délivrer par la Compagnie La Zurich une somme d'au moins 450 francs, laquelle tentative manifestée

par un commencement d'exécution n'a manqué son effet que par des circonstances indépendantes de la volonté de son auteur, et d'avoir, par ces moyens, tenté d'escroquer partie de la fortune de ladite Compagnie La Zurich ;

Admet toutefois, en faveur de ce prévenu, quelques circonstances atténuantes ;

Et lui faisant application des art. 405, 463 C. pén. et 194 C. inst. crim.,... le condamne à six mois de prison et 200 francs d'amende.

Rapprocher, sur la simulation ou l'aggravation volontaire de blessures par la victime d'un accident du travail, nos dissertations dans l'*Echo médical du Nord*, 1903, VII, 49, et 1905, IX, 152.

J. JACQUEY.

ALCOOLIA

Bars pharmaceutiques

Ils sont d'importation américaine. Le bar pharmaceutique fait concurrence au marchand de vin ; il arbore une large pancarte attirant l'œil sur laquelle on lit : « Dégustation de vins et élixirs médicinaux à 0,20 et 0,30 centimes le verre ; on peut s'asseoir. »

Avec cette annonce le pharmacien pense attirer à son comptoir une clientèle qui opérait chez le pâtissier : il permet aux timorés; aux délicats de venir, sous le fallacieux prétexte de tonifier un organisme affaibli, s'alcooliser en cachette, de pénétrer sans rougir dans le cabaret anonyme. Dans ce bar nouveau genre, toute la gamme des alcools sera ingurgitée ; vins de tous noms, élixirs de tous titres, fortifiants, toniques, reconstituants seront inconsciemment absorbés et, comme résultat final, ne feront qu'augmenter dans des proportions considérables la masse déjà si compacte des alcooliques. » (BARATIER).

Les spécialités pharmaceutiques à base d'alcool sont de plus en plus délaissées par le médecin qui ne les prescrit plus. Elles s'adressent alors directement au client. Voyez le nombre de vins et élixirs soi-disant toniques que prônent les journaux politiques. Il n'est pas étonnant que certaines officines, sous couleur d'hygiène et de santé, les offrent à leurs clients, alcooliques timorés.

Il appartient aux médecins d'instruire leurs clients et de les prémunir contre le danger. Avec les médicaments granulés, il n'y a plus actuellement de remède qui doive être prescrit en solution dans l'alcool.

(Gazette Médicale Belge).

NOUVELLES & INFORMATIONS

MM. SELLIER et BERTRAM, étudiants en pharmacie, sont nommés aide-préparateurs de physique à la Faculté en remplacement de MM. CORNIL et VERRUE, démissionnaires.

— Le jury du **Concours pour deux places de médecin adjoint des hôpitaux** de Lille qui aura lieu le 30 octobre, est ainsi constitué : MM. les professeurs LEMOINE, CHARMEIL, CURTIS, MM. les professeurs WERTHEIMER et PATOIR, médecins des hôpitaux nommés au concours, juges titulaires. M. le professeur agrégé INGELRANS, médecin des hôpitaux, juge suppléant.

— Le jury du **Concours pour quatre places d'interne titulaire et quatre places d'interne provisoire** qui aura lieu le 6 novembre 1905 est ainsi constitué. MM. les professeurs SURMONT et OUI, MM. les professeurs agrégés LAMBRET, DELÉARDE, LE FORT, juges titulaires. MM. les professeurs agrégés GÉRARD (Georges) et BUÉ, juges suppléants.

— Le jury du **Concours pour 24 places d'externe des hôpitaux de Lille** qui aura lieu le 6 novembre 1905 est ainsi constituc. M. le professeur CURTIS, les professeurs agrégés BÉDART, GAUDIER, PATOIR, INGELRANS, juges titulaires. MM. les professeurs agréés BUÉ et GÉRARD (Georges), juges suppléants.

— Nous relevons parmi les récentes désignations dans le **Corps de santé militaire** celle de M. le docteur HUMBERT, médecin aide-major de 1re classe pour le 87e d'infanterie, à Saint-Quentin.

Notre Carnet

Le docteur O. LAMBRET, de Lille, nous fait part de la naissance de son fils MARCEL. Nous lui adressons nos meilleurs vœux pour la mère et l'enfant.

— Le docteur Léon BERTRAND, de Bousbecques (Nord), nous fait part de la naissance de sa fille PAULETTE. Nous lui adressons nos meilleurs vœux pour la mère et l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

Technique de l'exploration du tube digestif, par le Dr R. GAULTIER, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-18 de 96 pages, avec 13 figures, cartonné. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Successivement interne du docteur PARMENTIER, puis du docteur LE NOIR à l'hôpital Saint-Antoine, de M. le professeur agregé Albert ROBIN, à la Pitié et à Beaujon, le docteur GAULTIER a vu scruter chaque jour par ces maîtres des malades atteints de troubles des fonctions digestives, et c'est avec eux qu'il a appris les méthodes cliniques et les procédés de laboratoire qui permettent dans ces cas d'arriver à préciser le diagnostic.

Enfin, M. le professeur DIEULAFOY, dont il a été également l'élève, lui a fait apprécier la sagacité du clinicien demandant au symptôme le diagnostic et le pronostic des affections intestinales.

C'est à leurs côtés que son esprit s'est façonné, tandis que son autre maître, M. LANCEREAUX, lui inculquait les méthodes fondamentales qui doivent faire de la pathologie, aussi bien que de la physique et de la chimie, une science

précise et positive; l'expérimentation venant en aide à l'observation.

On trouvera donc dans cette Actualité médicale, les idées et les méthodes de ces maîtres; on y verra prendre place côte à côte, d'une part les méthodes d'exploration clinique de l'estomac et de l'intestin, d'autre part les méthodes de laboratoire relatives à l'exploration des maladies du tube digestif, c'est-à-dire l'analyse du suc gastrique et l'examen des fèces. Le premier est de pratique courante.

Le second, la coprologie clinique, branche d'une science pour ainsi dire nouvelle en France, a acquis à l'étranger une importance suffisante pour qu'on ait le droit de lui donner aujourd'hui la place qu'elle mérite à côté des autres méthodes scientifiques qui viennent en aide au diagnostic des malades.

C'est par ce dernier côté que ce petit livre répondra à l'objet de sa publication, en rentrant dans le cadre des Actualités médicales.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Etudes sur le saprophytisme des bacilles tuberculogènes et sur la vaccination antituberculeuse**, par le professeur J. Ferran, de Barcelone, Barcelone 1905.

— **La fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild**, par le docteur Trousseau, Paris, 1905.

— **Les centres nerveux, physicopathologie clinique**, par le professeur J. Grasset, Paris, *Baillière et fils*, 1905.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

41e Semaine du 8 au 14 octobre 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	1
3 mois à un an	9	1
1 an à 2 ans	4	1
2 à 5 ans	2	»
5 à 20 ans	»	1
20 à 60 ans	21	9
60 ans et au-dessus	9	9
Total	52	22

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Erysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	3
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	1	»	1	»	1	»	»	»	»	1	»	1	8	5
Moulins, 24,947 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	4	1	»	»	»	»	4	11	12
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	2	»	»	»	1	»	»	4	»	»	»	»	»	3	13	24
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	7	6
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	3	1	»	»	»	»	1	1	»	2	1	1	»	1	»	»	3	14	4
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	5	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	2	5
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	»	1	»	1	1	1	»	»	»	»	1	8	12
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	7
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3
Total	»	1	»	»	»	14	2	»	4	»	1	3	4	1	4	13	3	»	1	1	»	20	73	86

N° 459. Neuvième Année. N° 44. Le Numéro : 10 centimes 29 Octobre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques généralités sur les parasites animaux et les maladies parasitaires de l'homme

par M. le docteur **Verdun**,

Professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lille.

La parasitologie humaine est la science qui s'occupe de l'étude des parasites de l'homme ainsi que des lésions et des troubles qu'ils sont susceptibles de provoquer par leur présence dans notre organisme. C'est durant ces vingt-cinq dernières années que cette branche de la médecine s'est particulièrement développée, et on peut affirmer qu'elle progresse encore, de jour en jour, et qu'elle suit, comme la bactériologie, une marche continue et ascendante.

On peut distinguer quatre périodes dans l'évolution de la parasitologie humaine :

1° Pendant les temps anciens et jusqu'à la fin du moyen-âge, les médecins n'ont guère connu, comme parasites humains, que le ver de Médine (Δρακόντιον des Grecs) et quelques vers intestinaux — l'Ascaride, l'Oxyure, le Ténia inerme — pour lesquels ARISTOTE et HIPPOCRATE avaient adopté le terme Ἕλμινθος. Ces parasites, disait-on, prenaient naissance, dans l'intérieur des tissus ou dans l'intestin, par une sorte de *génération spontanée* : ils étaient le résultat de la transformation de nos humeurs, de la décomposition et de la fermentation des matières organisées, de l'*animalisation* des substances nutritives en excès dans l'intestin et non absorbées par les lymphatiques, etc. Ces différentes conceptions sur l'origine des helminthes devaient conduire, forcément, à une interprétation fausse du rôle joué par les vers intestinaux dans notre organisme. Loin d'être nuisibles, ces êtres devenaient, au contraire, un critérium de santé ; quand l'équilibre entre la suractivité de l'intestin et le pouvoir absorbant des lymphatiques était rompu, il y avait *prédisposition* à la formation des vers ; ainsi s'expliquait la fréquence de ces animaux chez les enfants.

2° Durant le XVIIe siècle, nous assistons au réveil de la parasitologie avec les travaux d'ANDRY, PALLAS, GŒZE ; cependant les parasites externes sont encore négligés et les efforts des naturalistes se portent presque exclusivement sur les vers internes ou helminthes : *helminthologie* devient synonyme de *parasitologie*. Pendant la même période, les notions nouvelles sur le mode d'apparition des parasites s'affirment

par la découverte de leurs organes de reproduction et des œufs ; d'ailleurs Rédi et Spalanzini ruinent, par leurs expériences, la théorie de la génération spontanée. Linné, à son tour, esquisse la théorie des migrations.

3° Dans les deux premiers tiers du xix[e] siècle, nous constatons l'extension considérable que prend l'helminthologie humaine et animale, grâce aux publications purement descriptives de Zeder, Rudolphi, Bremser, Dujardin, Davaine, Diesing, etc. En même temps, tandis que certains naturalistes nous font connaître l'organisation interne des vers parasites, des zoologistes de grande valeur tels que Steenstrup, Creplin, Van Beneden, Küchenmeister, Leuckart, nous décrivent soigneusement le mode de transmission de ces organismes et les migrations curieuses qu'ils accomplissent.

4° Enfin, pendant les vingt dernières années du même siècle et actuellement, la parasitologie humaine se complète par l'étude d'un certain nombre de parasites n'appartenant pas au groupe des vers et se constitue d'une façon définitive comme science spéciale. Les helminthes, tout en gardant une place fort importante, ne composent plus, à eux seuls, l'ensemble des parasites de l'homme : l'helminthologie n'est plus qu'un gros rameau de la parasitologie. En effet, dans le cours de ces dernières années, l'attention des naturalistes et des médecins s'est surtout portée sur des êtres infiniment plus petits et cette étude a déjà donné des résultats extrêmement féconds pour la pathologie humaine. Les amibes, les sporozoaires, les hémosporidies, les infusoires et les trypanosomes, prennent chaque jour en parasitologie humaine et animale une place de plus en plus prépondérante et l'époque n'est pas éloignée où les helminthes cèderont le pas aux protozoaires.

Quelques autres animaux appartenant aux acariens et aux insectes sont venus, peu à peu, compléter la liste des parasites humains. Le rôle important des premiers, comme parasites cutanés et des seconds commes parasites et surtout comme propagateurs des germes infectieux ne cesse, à chaque instant, de se confirmer.

L'avènement de la bactériologie a eu aussi un contre-coup favorable en parasitologie. Les recherches microscopiques aidées des méthodes de culture des microorganismes, nous ont permis de déceler l'existence de végétaux inférieurs pathogènes dont les uns vivent dans nos téguments et les autres dans la profondeur de nos tissus. La parasitologie végétale a pris, dès lors, une place considérable à côté de la parasitologie animale.

C'est encore durant cette quatrième période que la parasitologie s'est définitivement aiguillée vers la médecine et s'est attachée plus spécialement à la description clinique des affections occasionnées par les parasites, au mécanisme intime des processus qu'ils déterminent, et à la connaissance exacte des lésions anatomo-pathologiques qui en sont la conséquence.

Ainsi comprise, la parasitologie humaine devient une branche de la pathologie générale, tout en gardant, cependant, une certaine autonomie, à cause des connaissances spéciales qu'elle exige. En effet, de pareilles études ne peuvent être réellement productives que si elles reposent sur une base solide et le médecin doit posséder à fond les particularités biologiques de chaque parasite. Ce sont elles seules qui peuvent l'éclairer sur le mode de pénétration de ces organismes dans notre corps et qui, partant, lui permettent d'instituer un traitement prophylactique véritablement efficace. Ce sont encore elles seules qui lui indiqueront leur évolution et leurs transformations à travers notre organisme, et l'éclaireront sur la symptomatologie. Ce sont, enfin, elles seules qui lui indiqueront pourquoi telle ou telle affection parasitaire se trouve localisée dans une région du globe, possède une répartition géographique spéciale, et pourquoi, à un moment donné, elle peut prendre une grande extension et apparaître dans des contrées indemnes jusqu'alors. C'est surtout pour la pathologie exotique que la parasitologie rend tous les jours de nombreux services et laisse entrevoir toute son utilité. Les observations recueillies sur les divers points du globe, nous montrent, en effet, que des affections dont la nature a été pendant longtemps inconnue sont tributaires d'un parasite et rentrent dans le domaine de la parasitologie. Ces maladies des pays exotiques ne peuvent être complètement méconnues de nos médecins car, à notre époque où les expéditions lointaines se multiplient de plus en plus, où les voyages et les immigrations se font de plus en plus nombreux, tous les Européens restent sous la menace constante des atteintes de ces affections parasitaires et nul doute que dans un avenir plus ou moins rapproché, nous assistions à l'appari-

tion de quelques-unes d'entre elles sur le sol de la vieille Europe.

***

Sous le nom de parasites (de παρα, à côté et σιτος, aliment) on désigne tous les êtres vivants qui sont hébergés un temps plus ou moins long par un organisme, qui prend le nom d'*hôte*, et aux dépens duquel ils se nourrissent. Les parasites, ainsi définis, peuvent appartenir au règne animal ou au règne végétal : les premiers sont appelés *zooparasites* et les seconds *phytoparasites*; nous n'envisagerons ici que les premiers.

Considérés dans leurs rapports avec l'homme, les parasites peuvent se diviser en deux groupes : les *parasites temporaires* et les *parasites stationnaires*. Les premiers, comme les puces, les punaises, les moustiques, etc., ne se mettent en quête d'un hôte qu'au moment de prendre leur nourriture et s'en éloignent dès qu'ils sont rassasiés. Les seconds, tels que les poux, les sarcoptes, les vers intestinaux, font sur l'individu qui les héberge une station plus prolongée; pour les uns, cet habitat devient définitif; toutes les phases de leur vie se passant sur cet hôte : ce sont les *parasites permanents*; pour les autres, leur présence sur un autre organisme n'est que transitoire et correspond soit à leur période adulte, soit à leur période embryonnaire : ce sont les *parasites périodiques*. Dans ce cas, à un moment donné, ils quittent leur hôte pour compléter, en dehors de lui, leur cycle évolutif; celui-ci s'achève tantôt librement dans le milieu extérieur (ankylostome), tantôt dans le corps d'un autre organisme (ténias).

Il y a des animaux, comme certaines larves de muscidées, qui peuvent se développer indifféremment sur des matières organiques en décomposition, ou dans les tissus vivants. Leur parasitisme est dit alors *facultatif*, car celui-ci n'est pas absolument nécessaire pour l'accomplissement des diverses phases de leur existence. Pour d'autres animaux, le stade parasitaire, qu'il soit long ou court, est absolument indispensable pour la continuation de leur développement : le parasitisme est *nécessaire* et *obligatoire*. C'est ainsi que les larves de l'œstre du cheval ne peuvent se développer que dans la cavité stomacale de cet animal ; les larves de l'ankylostome n'arrivent à l'état adulte que dans l'intestin de l'homme, etc.

Généralement chaque parasite a un hôte de prédilection, chez lequel s'écoule sa vie parasitaire : cet individu devient l'*hôte normal*. Mais il peut, à la rigueur, vivre chez d'autres espèces animales n'ayant avec les premières aucun rapport zoologique. Ainsi l'homme est l'hôte normal du ténia armé, du ténia inerme, il est susceptible de le devenir aussi pour la larve du ténia échinocoque, quoique ce rôle soit spécialement dévolu au mouton. L'adaption d'un parasite à son hôte normal est parfois tellement étroite qu'il périt fréquemment, ou se développe mal, s'il pénètre dans un autre hôte, celui-ci serait-il d'une espèce très voisine du premier ; on dit alors que le parasite est *égaré*. C'est ainsi que l'embryon du ténia inerme meurt s'il pénètre chez le porc ; que le cysticerque du bœuf ne parvient à son complet développement que chez l'homme, etc. Il peut arriver cependant que le parasite égaré puisse s'acclimater chez son nouvel hôte et s'y développer ; ce parasitisme est dit alors *occasionnel* ou *accidentel*. L'homme nous montre des exemples nombreux de ce mode de parasitisme ; on peut rencontrer chez lui la coccidie du foie du lapin, la douve du foie du mouton, le dipylidium du chien, l'ascaride à moustaches du chat, la trichine du porc, des larves de muscidés et d'œstridés, etc. L'homme joue, dans ces divers cas, le rôle d'hôte *accidentel* ou *occasionnel*.

A un autre point de vue, les parasites de l'homme peuvent se classer en *ectoparasites* et *endoparasites*.

Les ectoparasites, *épizoaires* ou *ectozoaires*, vivent à la surface du corps ou dans les cavités naturelles facilement accessibles, comme la bouche et le nez. Ce sont tantôt des parasites permanents, comme le sarcopte, les poux ; tantôt, le plus souvent, des parasites temporaires, comme les puces.

Les endoparasites ou *entozoaires* habitent les cavités profondes, comme l'intestin, ou pénètrent dans les tissus de l'organisme ; aucune partie du corps n'est hors de leur portée, puisqu'on peut les rencontrer dans le sang, dans le cerveau et dans la moelle des os ; les parasites internes sont généralement des stationnaires. Il faut remarquer que ceux qui vivent dans les différentes parties de l'intestin ou dans les canaux qui y aboutissent, sont toujours des types adultes (ténias, douves, nématodes) tandis que dans les organes on ne trouve que des formes larvaires (hydatides, cysticerques, larves de trichine). Le sang et la lymphe sont les seuls tissus qui peuvent héberger des parasites adultes (hématozoaires de Laveran, bilharzie, filaire de Bankroft).

Les parasites externes ou internes ont souvent dans le corps un habitat nettement localisé duquel ils s'éloignent peu ; ils portent le nom d'*erratiques* quand ils quittent l'organe ou la région qu'ils occupent normalement. On a utilisé ces données pour désigner, par des noms spéciaux, les parasites se rencontrant dans la même partie du corps ou dans les mêmes tissus ; ainsi, les *hématozoaires* sont les parasites du sang ; les *helminthes* sont, pour le plus grand nombre, les vers parasites de l'intestin et de ses dépendances, les *dermatozoaires* sont les parasites de la peau, etc.

***

Les parasites de l'homme appartiennent à trois embranchements bien différents : protozoaires, vers, arthropodes. Or, quoique ne constituant pas un groupe systématique, la vie parasitaire a fini par développer chez tous ces êtres, un certain nombre de particularités communes qui doivent être considérées comme des *caractères d'adaptation* ; ceux-ci sont, les uns d'ordre anatomique, les autres d'ordre biologique.

Le parasitisme prolongé fait perdre aux organismes qui l'accomplissent beaucoup de leurs caractères fondamentaux et provoque l'atrophie et même la disparition totale de certains organes. Ces modifications sont surtout accentuées chez les parasites internes. C'est dans cette catégorie de phénomènes qu'il faut ranger l'atrophie des ailes chez les poux, les puces, les punaises ; des yeux et des organes des sens chez les helminthes adultes, la disparition complète du tube digestif chez les cestodes, etc. Il faut considérer comme organes nouveaux et résultant de l'adaptation à la vie parasitaire, les appareils de fixation de certains parasites, tels que les crochets et les ventouses du scolex des ténias armés ; les dents et les lames tranchantes de la bouche des ankylostomes, l'éperon terminal ou latéral de l'œuf de la bilharzie. Des modifications d'organes, dues au parasitisme, s'observent chez beaucoup de dermatozoaires, en particulier chez les acariens et chez les insectes. Les pièces buccales de ces animaux sont, en effet, selon le régime de l'animal, transformées en appareil masticateur ou en organe de piqûre et de succion.

Les caractères biologiques des parasites sont tirés presque exclusivement de leurs modes de reproduction et de dissémination. Dans la minorité des cas, le développement du parasite s'effectue entièrement chez le même individu (poux, sarcoptes) ; ou bien, en partie sur l'hôte normal et en partie à l'état libre (puces, ankylostomes) : le développement est appelé *direct* et le parasite est dit *monoxène*. Dans la majeure partie des cas, le cycle évolutif du parasite est plus compliqué, en ce sens que les diverses phases du développement peuvent s'accomplir sur des hôtes d'espèces différentes (ténia, trichine) ou sur des individus différents de la même espèce (trichine). L'hôte qui héberge le parasite adulte devient *l'hôte définitif* ; le ou les organismes chez lesquels s'effectuent les phases de la vie larvaire sont appelés le ou les *hôtes intermédiaires*. Ces passages d'un hôte sur un autre portent le nom de *transmigration*. Les parasites qui passent ainsi à travers plusieurs individus sont dits *héteroxènes*. La parasitologie humaine offre de nombreux exemples de ce mode de développement et l'homme joue, tantôt, le rôle d'hôte intermédiaire, tantôt le rôle d'hôte définitif. Ainsi, il héberge dans son intestin le ténia armé adulte, dont la larve, le *cysticercus cellulosae*, se loge dans les muscles du porc ; au contraire, la forme larvaire du ténia échinocoque, ou hydatide, peut s'observer en un point quelconque de son corps, tandis que l'animal adulte habite l'intestin du chien.

Des considérations précédentes, il résulte que la réalisation complète du cycle évolutif de ces parasites exige l'existence simultanée des deux sortes d'hôtes et que la disparition de l'un d'eux entraîne forcément la disparition du parasite. C'est ce principe qui, en parasitologie, sert constamment de base pour le traitement prophylactique de beaucoup de maladies parasitaires.

Les procédés utilisés par les parasites pour disséminer leurs œufs et leurs germes embryonnaires ne sont pas uniformes ; ils varient selon que les adultes vivent à la surface du corps, dans les cavités profondes, dans le système circulatoire ou dans les tissus. 1° Les dermatozoaires, grâce à leur mobilité, sèment assez facilement leurs œufs ; 2° les parasites de l'intestin et ceux des voies respiratoires rejettent au dehors leurs œufs ou leurs embryons par l'intermédiaire des fèces ou des mucosités expulsées par l'hôte ; rarement (trichine), ces embryons pénètrent dans les tissus de l'individu. Une fois parvenus à l'extérieur, ils se répandent sur le sol ou vivent dans l'eau, attendant que des circonstances favorables les ramènent dans le corps d'un hôte de même espèce, si le développement est direct (ascaris, oxyure, trichocéphale, ankylostome) et dans le corps d'un hôte intermédiaire si le développement comporte des migrations (ténias,

douves). 3° Les germes des parasites du sang et de la lymphe quittent le torrent circulatoire par effraction des parois des vaisseaux (œufs de bilharzie) ou exigent, pour sortir, l'intervention d'un autre animal ; ce rôle est généralement joué par certains parasites cutanés temporaires ou permanents, comme les moustiques, les glossines, les taons, les puces, les ixodes. Ces animaux, en piquant leur hôte, absorbent soit des embryons, soit des gamètes reproducteurs, et l'évolution des hématozoaires continue dans leur corps. 4° Dans les organes profonds on ne trouve que des formes larvaires ; celles-ci ne peuvent arriver au stade adulte que si elles gagnent le tissu sous-cutané (douve, filaire de Médine). Là elles déterminent, par irritation, la formation d'un abcès et quand celui-ci s'ouvre, ils sont rejetés à l'extérieur avec les œufs ou les embryons qu'ils renferment.

Les nombreuses causes de destruction auxquelles sont soumis les œufs et les germes des parasites et l'obligation pour beaucoup d'entre eux de trouver à leur portée, sous peine de déchéance, soit l'hôte définitif, soit l'hôte intermédiaire, font que beaucoup disparaissent. Les espèces parasites seraient, de ce fait, menacées dans leur existence et leur perpétuation, si elles n'avaient à leur disposition des moyens de lutte. Les parasites ont, en effet, des facultés prolifiques extraordinaires. D'après Leeuwenhoek, deux poux femelles donnent, dans l'espace de deux mois, deux générations, comprenant 10.000 individus ; d'après Gerlach une femelle de sarcopte fécondée a produit au bout de la sixième génération, c'est-à-dire au bout de trois mois, 500.000 mâles et 1.000.000 de femelles. Chaque femelle de trichine pond une quantité innombrable d'embryons ; les anneaux expulsés par un ténia inerme, dans l'espace d'un an, renferment 150.000.000 d'œufs ; les ookystes de l'hématozoaire du paludisme donnent dans le corps des moustiques un chiffre considérable de sporozoïtes, etc

Cette fécondité vraiment remarquable serait, cependant, impuissante à lutter contre la destruction malthusienne de la nature, si elle n'était aidée par la résistance que possèdent les parasites vis-à-vis des agents extérieurs : des acariens peuvent vivre plusieurs mois et plusieurs années sans recevoir la moindre nourriture ; les larves d'ankylostome supportent la dessiccation ; les trichines enkystées dans les muscles résistent à des températures comprises entre — 20 et + 70. Les œufs d'ascarides et de trichocéphales ont été conservés vivants pendant plus de quatre ans, etc.

Les ectoparasites et les parasites internes sans hôte intermédiaire, sont généralement des êtres cosmopolites : tels sont, par exemple, les puces, les poux, les punaises, l'ascaride lombricoïde, l'oxyure vermiculaire, les ténias inerme et armé, le tricocéphale. Ce cosmopolitisme n'est acquis, quelquefois, que secondairement, et tel parasite localisé dans une contrée du globe peut envahir des pays encore indemnes : il suffit pour cela qu'il soit transporté par un individu contaminé et qu'il trouve, dans les nouvelles régions, les mêmes conditions d'existence ; Ainsi, l'ankylostome duodénal est passé d'Egypte en Italie, puis sur le continent européen ; il a envahi aussi le reste du territoire asiatique ; la puce chique est passée d'Amérique en Afrique où elle a pris une extension considérable. Par contre, d'autres parasites, et particulièrement ceux qui exécutent des migrations, offrent une localisation spéciale à la surface du globe. Cette distribution particulière est en rapport avec la présence de l'hôte intermédiaire : l'hématozoaire du paludisme ne se rencontre que dans les pays où vivent les anophèles ; le trypanosome de la maladie du sommeil est localisé dans les contrées tropicales de l'Afrique infectées par une certaine espèce de glossine ; le bothriocéphale large ne se rencontre qu'au voisinage de certains lacs et de certaines mers ; l'échinocoque est particulièrement fréquent en Islande; l'échinocoque multiloculaire est répandu dans le Sud de l'Allemagne et dans le Tyrol. D'après cela on peut concevoir facilement l'apparition subite d'un parasite dans une région où l'hôte intermédiaire est absent : il suffit, simplement, que ce parasite puisse s'accommoder ou s'acclimater chez un autre hôte intermédiaire, voisin du premier et se rencontrant dans cette contrée ; c'est ainsi que l'on pourra expliquer l'extension de certains parasites tels que les Filaires, les Trypanosomes, etc.

Il existe tout une série de corps qui revêtent d'une façon plus ou moins parfaite le masque anatomique ou biologique des parasites, mais qui, en réalité, ne possèdent aucun des caractères que nous venons d'attribuer à ces derniers. On les a désignés sous le nom de *pseudo-parasites*. Il faut que le médecin les connaisse afin d'éviter des erreurs qu'il pourrait commettre.

Un premier groupe de *pseudo-parasites* renferme les

corps étrangers évacués avec les fèces, ayant l'apparence d'animaux et considérés comme tels : ainsi un caillot fibrineux de la saphène a été décrit sous le nom de *filaria zebra*; une trachée d'oiseau a été baptisée du nom de *physis intestinalis*; une nervure de salade a été appelée *striatule* ; des vésicules choriales ont été qualifiées du nom *acephalocystis racemosa*, etc. Assez fréquemment les jeunes enfants expulsent de longues vésicules oblongues, effilées aux deux bouts, mesurant deux centimètres environ de longueur et rattachées par une extrémité à une sorte d'axe. Ces corps, qui peuvent mettre à défaut la sagacité du médecin non prévenu, représentent des enveloppes de poils de pulpe d'orange qui ont traversé le tube digestif sans être digérés. Enfin des grappes de raisin, des graines ont donné lieu aussi à des erreurs grossières.

Dans un deuxième groupe de pseudo-parasites, on fait rentrer les corps étrangers ou les petits animaux, des larves d'insectes par exemple, que les malades prétendent avoir trouvés dans leurs urines, dans les fèces, dans leur expectoration ou dans les mucosités nasales. Parmi ces malades, les uns sont de bonne foi et se figurent les avoir réellement rendus ; en réalité, une enquête sérieuse démontre toujours que ces organismes se sont mélangés secondairement aux excreta, à l'insu du malade. D'autres personnes, surtout des femmes, sont de simples simulateurs et affirment avoir expulsé des corps qu'ils ont introduits eux-mêmes dans leurs déjections. C'est parmi les individus atteints de névroses que ces exemples sont fréquents. En présence de pareilles affirmations, le médecin doit toujours se montrer très circonspect et ne les accepter qu'après examen approfondi.

Enfin, dans une dernière catégorie, on range les animaux dont la présence chez l'homme a été effectivement constatée, mais dont le stade parasitaire ne fait nullement partie de leur cycle évolutif. Cette présence est donc purement fortuite et accidentelle. C'est comme pseudo-parasites qu'il faut considérer les larves d'insectes et les acariens qui sont déposés sur les plaies par des pansements sales ; les animaux, comme les chenilles, les cloportes, qui pénètrent dans le tube digestif à la faveur des aliments, mais ne font que le traverser ; les anguillules terrestres amenées au niveau de la vulve par des ablutions. C'est encore parmi les pseudo-parasites que l'on range les myriapodes qui peuvent s'introduire dans les fosses nasales (divers géophiles et diverses lithobies), ou encore dans l'intestin (géophiles, iuless cutigères), et y vivent plus ou moins longtemps en provoquant des troubles souvent très accentués. A la rigueur, on peut encore classer parmi les pseudo-parasites, les vrais parasites qui ne se rencontrent que tout exceptionnellement chez l'homme (ascaris du chien, filaire inerme, etc.), ou ceux qui ne font que passer sur son corps, sans pouvoir s'y acclimater (puce du chien).

Par contre, des faits rangés, autrefois, dans le pseudo-parasitisme, doivent être considérés comme des vrais cas de parasitisme. Cela est vrai pour les larves de certains muscidés qui peuvent, non seulement pénétrer sous la peau et dans le tube digestif, mais s'y développer fort bien et produire des désordres très graves.

***

A l'heure actuelle, personne ne met plus en doute l'influence nuisible que les parasites peuvent exercer sur notre organisme. Cependant pour quelques-uns d'entre eux, notamment pour certains helminthes intestinaux et certains épizoaires, cette action a été affirmée et niée tour à tour. Pendant le moyen âge, alors que les notions étiologiques étaient des plus vagues, les vers ont joué en pathologie humaine, un rôle prépondérant, et certains préjugés populaires sont les dernières manifestations de ces vieilles opinions. Au XVIII[e] siècle une réaction se produit dans un sens tout opposé et on admet que ces parasites sont des êtres utiles à la santé de l'homme : les poux étaient considérés comme des émonctoires naturels destinés à l'élimination des humeurs viciées sécrétées par la peau ; les ténias étaient l'indice d'un excès de santé et de nos jours les Abyssins ne se figurent être bien portants que si leur intestin héberge plusieurs ténias. Il n'est pas douteux que, pour un même parasite, l'action pathogène puisse varier dans de grandes limites, c'est ce qui se produit justement pour les vers intestinaux, qui parfois déterminent des troubles très prononcés, et d'autres fois ne donnent lieu à aucune réaction apparente. Ces faits nous expliquent les diverses opinions qui ont pu s'accréditer à leur sujet. Malheureusement dans beaucoup de cas cette nocivité des parasites est évidente et ceux-ci méritent bien le nom d'agents pathogènes au même titre que les micro-organismes bactériens. Les troubles morbides qu'ils produisent chez l'homme rentrent dans le groupe des *maladies parasitaires*.

Chacune de ces diverses affections constitue une

entité pathologique, ayant son tableau symptomatique propre dont la connaissance exige une étude spéciale pour chaque parasite. Néanmoins, ces maladies parasitaires donnent lieu à un certain nombre de considérations générales, ayant trait à leur mode d'apparition, aux causes qui peuvent modifier leur évolution, au mécanisme des divers processus pathogènes, aux moyens employés pour leur diagnostic et enfin aux règles du traitement prophylactique.

Les moyens mis en œuvre par les parasites pour envahir le corps de l'homme diffèrent, selon qu'il s'agit d'ectoparasites ou d'endoparasites.

Les *ectoparasites temporaires*, comme les puces, les rougets, se déplaçant avec une grande facilité, passent *directement* sur le corps de l'hôte, dès que celui-ci se trouve à leur portée.

Les *ectoparasites stationnaires*, tels que les sarcoptes, les poux, les morpions, exigent un contact d'individu à individu, ou tout au moins un contact avec les objets contaminés par ces parasites.

Les *entozoaires de l'intestin* et de ses annexes pénètrent à la faveur des aliments solides et liquides souillés par les germes de ces parasites (légumes, fruits, salades, eau de boisson, viandes de porc et de bœuf ladres, viande de porc trichiné, etc.) C'est ainsi que s'introduisent dans le tube digestif, les kystes des amibes, des œufs embryonnés des ascarides, oxyures, trichocéphales; les formes larvaires des ténias, douves, ankylostomes ; toutefois l'apport peut être fait directement par le malade lui-même au moyen de ses mains ou de ses ongles malpropres (ankylostome pour les mineurs, oxyures pour les enfants). Rarement, la pénétration se fait à travers la peau, comme cela peut se produire pour les larves d'ankylostome (Looss, Schaudinn). Cette pénétration par effraction est la règle pour les *parasites des tissus* ; elle s'effectue à travers le tégument externe ou à travers la muqueuse intestinale. Pour les uns, cette pénétration est active : les embryons hexacanthes du ténia échinocoque, les embryons de trichine passent directement à travers la paroi intestinale grâce à leur constitution : les larves de diptères, la puce chique s'enfonçant sous la peau, ou les muqueuses, en se servant de leur appareil buccal. Pour d'autres, et ce sont spécialement les trypanosomes et les hémosporidies, leur entrée dans le torrent circulatoire est toujours passive et se fait par l'intermédiaire des diptères piqueurs (glossines et moustiques), qui leur servent d'hôte transitoire.

La cause déterminante des affections parasitaires est la présence des parasites chez l'homme. Mais, il existe un grand nombre de facteurs secondaires qui interviennent, d'une façon plus ou moins directe, dans l'étiologie de ces maladies. Pour la commodité de la description, on peut les diviser en trois groupes :

1° Causes provenant du milieu auquel sont soumis les sujets ;

2° Conditions individuelles ;

3° Conditions se rattachant à la manière d'être du parasite.

L'état du milieu dans lequel vivent les hommes et leur manière de se comporter dans ce milieu, ont certainement une influence marquée sur l'extension des maladies parasitaires. Tous les actes qui ne sont pas conformes aux règles de l'hygiène contribuent, dans une large mesure, à la propagation des parasites : c'est à ce titre que la malpropreté des habitations, certaines habitudes sociales ou individuelles, les agglomérations ouvrières et enfantines, etc., sont des causes éminemment favorables à la transmission des affections parasitaires. La température et l'humidité sont les conditions climatériques qui ont une action réelle. La *température* favorise, en général, le développement des germes et augmente leur virulence : c'est dans les régions intertropicales que la dysenterie amibienne fait de nombreuses victimes ; la forme pernicieuse de la fièvre paludéenne se montre dans les pays palustres pendant la saison chaude (fièvre estivo-automnale) ; les larves d'ankylostomes ne se développent bien qu'au-dessus de 20° ; les puces, les moustiques, les rougets sont abondants pendant l'été, etc. De ce fait beaucoup de maladies parasitaires ont des allures saisonnières. L'*humidité* comme la température est nécessaire pour l'évolution du parasite ; son action est très nette, en particulier, sur le développement des œufs ou des larves de certains helminthes (ascaris, ankylostomes).

Les facteurs personnels qui interviennent comme causes secondaires dans l'étiologie des maladies parasitaires, sont l'*âge* et la *constitution de l'hôte*.

Le rôle de l'âge a été surtout mis en évidence, pour les helminthes, par de nombreuses statistiques établies dans diverses régions. D'une manière générale les fœtus sont indemnes, mais on peut concevoir facilement qu'ils puissent, dans certains cas, être infectés par l'intermédiaire de la mère ; si par exemple cette dernière était en puissance de trichinose, les embryons

qui sont lancés dans sa circulation pourraient, à la rigueur, traverser les capillaires des villosités choriales, et pénétrer dans les vaisseaux du fœtus. Rares dans le jeune âge, les cas de parasitisme sont de plus en plus fréquents à mesure que les enfants grandissent, puis diminuent jusque vers l'âge de vingt ans ; le maximum paraît être atteint entre dix et quinze ans ; les statistiques donnent à ce moment un pourcentage de 63 à 90 %. Pour l'âge adulte la proportion se maintient assez bas, pour reprendre une valeur élevée dans la dernière période de l'existence ; à soixante-dix ans on trouve de 30 à 47 % d'individus porteurs de parasites. Il est probable que cette influence de l'âge est plus apparente que réelle et qu'elle est surtout une conséquence du régime alimentaire, et de la pratique plus où moins suivie des règles hygiéniques.

La question du terrain individuel a une grande importance en ce qui concerne la symptomatologie et le pronostic des maladies parasitaires. La présence des vers intestinaux, chez les personnes bien constituées, passe souvent inaperçue ; au contraire, chez les enfants, les sujets atteints de névroses, ils produisent des troubles réflexes des plus variés. Les parasites cutanés, poux et sarcoptes, pullulent plus facilement chez les personnes affaiblies. Chez les enfants strumeux, mal soignés, mal nourris, la pédiculose peut acquérir une certaine gravité ; le grattage détermine des lésions d'impétigo et la formation de croûtes dans lesquelles grouillent une quantité innombrable de poux. Enfin les individus de faible résistance offriront un terrain favorable à toutes les affections parasitaires de nature débilitante (paludisme, bothriocéphalose, ankylostomiase), etc.

Chaque maladie parasitaire possède un cachet particulier qu'elle tient de la nature même du parasite qui la détermine. Toutefois, comme ces derniers peuvent se comporter de diverses façons dans l'organisme, il en résulte que le danger qu'ils nous font encourir est plus ou moins sérieux. Il est évident, d'abord, que pour les parasites dont l'habitat est fixe, la gravité de l'affection sera en rapport direct avec leur quantité. Tel sujet ne sera nullement incommodé par la présence de quelques ankylostomes dans son intestin, tandis que les symptômes de l'anémie se montreront dès que le nombre des vers augmentera et atteindra un certain chiffre, etc. Mais, lorsqu'un parasite est erratique et peut s'arrêter en un point variable de l'organisme, la question du siège a une importance capitale : ainsi les cysticerques de la peau et des muscles sont, en général, inoffensifs ; ceux de l'encéphale sont mortels ; même observation pour les kystes hydatiques qui peuvent se développer dans toutes les régions du corps, etc.

La pathogénie des accidents parasitaires est loin de présenter beaucoup d'uniformité. Les parasites, en effet, pour agir sur l'économie, mettent en œuvre des procédés divers que l'on peut diviser en 1° actions mécaniques ; 2° actions traumatiques ; 3° actions toxiques ; 4° actions irritatives et inflammatoires ; 5° actions spoliatrices.

Les *actions mécaniques* consistent soit en phénomènes d'obstruction, soit en phénomènes de compression ; mais, dans tous ces cas, les parasites n'ont qu'un rôle purement passif. C'est dans les phénomènes d'obstruction qu'il faut placer les nombreux faits d'occlusion intestinale par des paquets d'ascarides ou de ténias ; l'arrêt du cours du suc pancréatique par la pénétration d'ascarides dans le canal de Virsung ; celui de la bile par la présence des douves ou d'ascarides dans le canal cholédoque ; c'est encore en faisant obstacle à la circulation lymphatique que la filaire de Bankroft provoque les diverses manifestations de la filariose (chylurie, lymphorragies, œdèmes, éléphantiasis, etc.). Les phénomènes de compression sont produits par les formes larvaires cystiques des téniadés : les kystes hydatiques peuvent acquérir dans certains cas un volume considérable et gêner le fonctionnement des organes voisins ; les cysticerques du cerveau, de l'œil, agissent de la même manière.

Les *actions traumatiques* peuvent se démontrer au moyen d'un grand nombre d'exemples ; c'est d'abord le cas de tous les épizoaires : puces, poux, sarcoptes, larves de muscidés ; c'est aussi la façon de procéder de quelques helminthes : les œufs de bilharzie traversent les parois des capillaires sanguins et les déchirent ; les ankylostomes se servent de leurs crochets pour entamer la muqueuse intestinale et les vaisseaux ; les ascarides peuvent produire des perforations intestinales ; les embryons de trichine et même les femelles peuvent pénétrer dans la paroi intestinale. Les oxyures par leurs mouvements provoquent le prurit anal.

L'*action toxique* des sécrétions des parasites, douteuse pour certains d'entre eux, est nettement prouvée pour beaucoup d'autres. C'est à une action toxique

et nécrosante de l'*amœba coli* qu'il faut attribuer les ulcères intestinaux de la dysenterie amibienne et les abcès hépatiques qui les accompagnent. L'anémie bothriocéphalique est due à la résorption de poisons ; les kystes hydatiques renferment une toxalbumine qui donne lieu à des phénomènes d'urticaire ; beaucoup de troubles réflexes de l'helminthiase intestinale, quoique parfois d'origine traumatique, peuvent avoir pour cause une intoxication parasitaire. La vésicule perlée de la gale est la conséquence d'une irritation produite par une sécrétion salivaire toxique du sarcopte, etc.

Les *actions inflammatoires primitives et secondaires* sont fréquentes dans les maladies parasitaires. La paroi conjonctive qui s'établit autour des parasites se logeant dans les organes (cysticerques, hydatides, larves de trichine) est le résultat d'un processus inflammatoire causé par la présence même de l'animal. Les parasites sous-cutanés, comme la filaire de Médine, les douves, en irritant les tissus, provoquent la formation d'abcès où ils se logent et qui finissent par s'ouvrir à l'extérieur et s'accompagnent d'infections secondaires. La puce chique s'enfonce dans les tissus et donne lieu à la production d'un abcès sous-cutané, renfermant les microbes de la suppuration.

Enfin le rôle des helminthes dans les affections intestinales a été bien mis en lumière, dans ces dernières années ; en lésant l'épithélium intestinal, ces vers ouvrent une porte aux nombreuses bactéries qui habitent le tube digestif (bactérium coli, bacille typhique). Les ascaris, les trichocéphales sont, parmi les vers, ceux que l'on incrimine le plus fréquemment. Les mêmes helminthes intestinaux et les oxyures interviennent aussi dans la pathogénie de l'appendicite, et cette cause étiologique paraît être plus commune qu'on ne le supposait, surtout depuis que l'on prend soin d'examiner le contenu de cet organe.

Les *actions spoliatrices*, c'est-à-dire les prélèvements qu'opèrent, en général, les parasites sur notre économie pour leur nourriture, n'ont parfois qu'une importance secondaire. C'est le cas des vers intestinaux. D'autre fois, au contraire, lorsque ces parasites sont nombreux, ces phénomènes passent au premier plan et constituent un véritable danger pour l'hôte. Ainsi, les hématozoaires de Laveran se nourrissent aux dépens des globules rouges, en détruisent un nombre considérable et anémient profondément les malades ; les ankylostomes, quand ils sont en quantité considérable, enlèvent au sujet, par leur succion, une dose assez élevée de liquide sanguin et, par ce moyen, contribuent à anémier les individus qui les hébergent.

Parmi tous les symptômes accompagnant les affections parasitaires, aucun ne peut être considéré comme pathognomonique ; tout au plus, ces manifestations, auxquelles on peut ajouter les renseignements tirés de l'habitat du malade, de son régime alimentaire, de ses habitudes hygiéniques, de sa profession, peuvent-elles constituer des présomptions en faveur de la présence de tel ou tel organisme. Fort heureusement, nous avons à notre disposition des moyens nombreux qui nous permettent de transformer ces présomptions en certitude et d'affirmer l'existence d'un parasite dans notre économie. Il est des cas où le diagnostic s'impose immédiatement. C'est lorsque le médecin a sous les yeux le corps du délit : l'acare de la gale, des fragments de la chaîne du ténia armé, du ténia inerme, du bothriocéphale, des ascarides, des oxyures, des trichocéphales, rendus avec les excréments.

En dehors de ces circonstances, il doit se livrer à des recherches microscopiques nombreuses, portant surtout sur les excreta, sur les liquides provenant de ponctions, sur le sang. L'examen des matières fécales lui permettra de découvrir les amibes du côlon, dans la dysenterie chronique ; les flagellés et les infusoires dans certaines entérites ; les œufs ou les embryons des vers intestinaux (ténias, bothriocéphales, douves, ascarides, oxyures, trichocéphales, trichine, strongylidés) dans les cas où l'helminthiase est soupçonnée et d'indiquer avec certitude la nature du parasite. L'examen des urines sera parfois très profitable ; il lui fera connaître l'existence des œufs de bilharzie dans l'hématurie d'Egypte, et des microfilaires du sang dans la filariose. La nature échinococcique d'un kyste du foie ou de toute autre partie du corps se trouvera confirmée par la constatation des vésicules, scolex, ou crochets, dans le liquide de la ponction. L'examen du sang, soit à l'état frais, soit après fixation sur lame et coloration, lui servira à mettre en évidence la présence des filaires du sang, des hématozoaires de Laveran, des trypanosomes, lorsque cette présence sera soupçonnée. Dans le cas de la maladie du sommeil, il ne devra pas négliger l'examen du liquide céphalo-rachidien. Il peut encore tirer d'utiles renseignements de l'étude leucocytaire du sang. Durant ces dernières années, des

recherches systématiques ont montré que l'helminthiase semblait s'accompagner d'une *éosinophilie* très accentuée ; alors que normalement le sang renferme 1 à 4 0/0 de leucocytes éosinophiles, on a trouvé dans des divers cas d'helminthiase des chiffres beaucoup plus élevés et souvent même en proportion très forte. Cependant cette éosinophilie des parasites vermineux, pour être assez fréquente, n'est pas constante ; elle fait défaut dans un assez grand nombre d'observations, de telle sorte que son absence ne vient nullement infirmer l'existence du parasite.

Comme dans toutes les affections qui reconnaissent pour cause un agent pathogène organisé, la prophylaxie occupe, en parasitologie, une place prépondérante. Mais pour nous préserver d'une façon réellement efficace contre les parasites il faut employer pour chacun d'eux des moyens appropriés, et ceux-ci dépendent en grande partie de la manière dont s'accomplit leur cycle évolutif. La connaissance exacte des diverses phases vitales que parcourent les animaux est, par suite, un des buts que se propose la parasitologie. Toutefois, sans se livrer à cette étude spéciale, on peut indiquer un certain nombre de règles hygiéniques, dont l'observation nous garantira, à priori, contre l'envahissement du parasite. Ces règles, basées sur les procédés qu'ils emploient pour se multiplier et se transmettre, sont les suivantes :

1° Propreté rigoureuse des locaux et, en général, de tous les endroits fréquentés par l'homme. 2° Hygiène corporelle et habitudes de propreté. 3° Pour les parasites intestinaux, empêcher la dissémination de leurs œufs en détruisant, par le feu ou par tout autre moyen, les germes ou les parasites qui sont expulsés par les individus contaminés ; ne pas les répandre aux alentours des habitations, sur les fumiers, à côté des puits ; ne pas les mettre à la portée des animaux qui leur servent d'hôte intermédiaire. 4° Ne pas oublier que les aliments crus et l'eau sont les véhicules de beaucoup de parasites ; ne faire usage, par suite, que d'aliments propres, de fruits, légumes salades, qui n'ont pas été souillés, ne se servir comme eau de table, surtout dans les pays tropicaux, que d'eau bouillie ou filtrée. 5° Inspection rigoureuse de la chair des animaux qui entrent dans l'alimentation de l'homme et qui servent d'hôtes intermédiaires à quelques-uns de ses parasites (porc, bœuf, saumon, lotte, brochet, etc.). Rejeter, en conséquense, toute viande suspecte et n'ayant subi qu'une cuisson insuffisante. 6° Pour les hématozoaires, se garantir contre la piqûre des diptères qui leur servent d'agents de transmission ; empêcher la pullulation de ces insectes en détruisant leurs œufs et leurs larves. 7° Faire usage, dans certains cas bien déterminés, de médicaments préventifs, dont l'efficacité a été reconnue (quinine dans la malaria).

Quand les parasites ont envahi l'organisme, le traitement doit avoir pour but d'obtenir la destruction où l'expulsion de ces animaux ; les médicaments utilisés sont les uns *parasiticides* et les autres *parasitifuges*. Malheureusement ces substances ne les atteignent pas toujours, et vis-à-vis certains parasites des tissus nous sommes complètement désarmés. Dans ces cas, le traitement symptomatique est la seule ressource que nous possédions. Enfin le traitement chirurgical peut, dans bien des circonstances, être un adjuvant fort utile au traitement thérapeutique et apporter au malade un soulagement très prononcé, sinon une entière guérison.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le lundi 23 octobre 1905, devant un jury composé de MM. les professeurs DUBAR, FOLET, CARLIER, les profosseurs agrégés LAMBRET et BUÉ, ont eu lieu les épreuves du **concours pour un emploi de chef de clinique chirurgicale.**

La question sortie de l'urne à l'épreuve écrite était : *Péritoine pelvien, hématocèle pelvienne.*

A l'épreuve clinique le diagnostic proposé était : *éventration et épididymite bacillaire.* L'épreuve de médecine opératoire consistait en une *amputation de Lisfranc.* M. le docteur LEROY (Maurice) a été présenté pour les fonctions de chef de clinique chirurgicale.

— Un **Concours pour un emploi d'aide de clinique des voies urinaires** s'ouvrira à la Faculté de Médecine de Lille le jeudi 23 novembre 1905, à neuf heures du matin.

CONDITIONS DU CONCOURS. — Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté avant le 13 novembre, à 5 heures, et déposer en s'inscrivant une expédition de leur acte de naissance et le diplôme de docteur en médecine.

Est admis à concourir tout docteur en médecine de nationalité française, âgé de 35 ans au plus.

La durée des fonctions d'aide de clinique est fixée à un an ; la nomination pourra être prorogée trois fois, et pour une année chaque fois, sur la demande du professeur. Le traitement annuel est de 600 francs.

NATURE DES EPREUVES. — Les épreuves du Concours

consistent : 1° En une composition sur un sujet d'anatomie et de pathologie externe ; 2° En une épreuve clinique orale de 10 minutes après 20 minutes de réflexion, sur un ou deux malades, au choix du jury, pris dans le service des voies urinaires ; 3° En une épreuve de médecine opératoire ; 4° En une épreuve de laboratoire.

ATTRIBUTIONS. — Les attributions de l'aide de clinique sont les suivantes : 1° Aider le professeur dans l'enseignement, les exercices et les démonstrations cliniques, les recherches de laboratoire ; 2° Exercer les élèves, sous la direction du professeur, à l'examen des malades et aux divers procédés d'investigation propres à établir le diagnostic des maladies ; 3° Suppléer le professeur dans les visites hospitalières en cas d'empêchement momentané, et notamment dans les contre-visites du soir.

L'attention du Ministre de la guerre a été appelée sur un certain nombre de jeunes gens ayant rejoint les drapeaux, qui n'ont pu subir avant leur départ des examens de médecine, parce qu'il n'a pas été possible de réunir les jurys en temps utile. Pour remédier à cet état de choses, il fait inviter les chefs de corps à donner à ces jeunes gens, sur le vu de la convocation qui leur sera adressée par l'Autorité compétente, des permissions d'une durée strictement suffisante pour venir passer leurs examens.

Il doit être bien entendu d'ailleurs que cette faveur est spéciale à la session des examens d'octobre-novembre de la présente année, et qu'il y aura lieu de prendre, à partir de 1906, les mesures nécessaires pour que les diverses catégories d'étudiants puissent désormais subir leurs épreuves avant le 1er octobre, en raison de l'incorporation du contingent.

Il convient de remarquer, en outre, que les facilités accordées cette année aux étudiants, pour leur permettre de ne pas perdre le bénéfice de leurs études, ne sauraient avoir pour conséquence, quel que soit le résultat de leurs examens, de modifier leur situation au point de vue militaire, telle qu'elle existait au moment de leur incorporation.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des tuberculoses et affections des voies respiratoires

PETER a dit que la plus importante médication des tuberculeux était l'hygiène, « qui empêchait le tuberculisable de devenir tuberculeux et le tuberculeux de devenir plus tuberculisable. »

L'hygiène, dont on se préoccupe tant aujourd'hui, et que l'on doit, avec juste raison, placer au premier rang, est malheureusement insuffisante et ne saurait à elle seule, ainsi que le prouvent le grand nombre des cas incurables que l'on rencontre dans les sanatoriums, guérir une phtisie nettement confirmée.

Mais l'expérience ayant démontré à la thérapeutique que les éléments les plus aptes à combattre la tuberculose et les états prétuberculeux, en relevant la nutrition défaillante, étaient le phosphore et la créosote de hêtre, afin d'avoir un médicament qui empêche le tuberculisable de devenir tuberculeux et qui permette au tuberculeux de se débarrasser de ses bacilles.

Telle est l'Emulsion MARCHAIS à la créosote de hêtre, glycéro-phosphate de chaux et baume de tolu. L'Emulsion MARCHAIS présentée à l'Académie et à plusieurs Sociétés savantes a été employée avec succès dans les Hôpitaux.

Dans son « Traité de médecine », le docteur FERRAND dit : « L'Emulsion MARCHAIS glyco-créosotée est, d'après l'avis des médecins, la meilleure préparation créosotée, la plus efficace et la plus inoffensive ; elle diminue rapidement la toux, l'expectoration, la fièvre et active la digestion. »

De son côté, le professeur TRÉLAT, ancien président de l'Académie de médecine, écrit — février 1885 — : « L'Émulsion MARCHAIS me paraît un bon médicament ; j'en use personnellement, je la conseille et j'en donne à mes malades de l'hôpital ». L'Émulsion MARCHAIS se prend à la dose de 3 à 6 cuillerées à café par jour, dans lait, tisane, bouillon.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Pathologie interne. — Par G. LEMOINE, Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille. Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. 2 vol. in-8° avec nombreuses figures.

Ce nouveau manuel de Pathologie interne ne fait pas double emploi avec les ouvrages du même genre déjà existants. C'est essentiellement un livre de Pathologie appliqué à la clinique, où la partie qui concerne l'étude des symptômes et des divers types des maladies est surtout développée. — On y retrouve partout la tendance, qui caractérise les autres livres de l'auteur et qui a fait leur succès, d'être avant tout pratique et de chercher à être utile autant à l'étudiant qu'au praticien. Aussi les chapitres consacrés aux affections qui sont des raretés pathologiques sont-ils brièvement traités, tandis que les développements les plus étendus sont consacrés à la description des maladies banales et à leur diagnostic différentiel.

Ce souci d'écrire pour ceux qui chercheront dans ce livre des renseignements pratiques n'exclut pas chez l'auteur le soin de mettre en lumière les toutes dernières acquisitions de la science médicale.

La partie bactériologique est mise au point d'après les plus récents travaux et de nombreuses figures, dessinées

à la chambre claire, en facilitent l'étude. Il en est de même de la pathogénie des états morbides, qui prête presque toujours à la discussion et où les diverses théories émises sont exposées et critiquées. La partie historique concernant surtout l'évolution des idées médicales sur les sujets controversés a été spécialemont traitée pour faciliter le travail des candidats aux concours.

Enfin de nombreux tracés et schémas facilitent l'intelligence du texte, surtout en ce qui concerne les maladies du système nerveux.

L'auteur a cherché avant tout à développer convenablement les parties utiles au lecteur, son livre est encore un manuel bien qu'à certains égards il soit aussi complet qu'un traité, et nous ne doutons pas qu'il ne soit vivement apprécié du public médical.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **L'acide formique et la force musculaire**, par le docteur Clément de Lyon, Paris, *Vigot* 1905.

— **Manuel du candidat aux grades de médecin auxiliaire et de médecin de réserve**, par MM. Lucas et Josephson, Paris, *Vigot*, 1905.

— **Traité de pathologie interne**, par le docteur Lemoine, tomes I et II, Paris, *Vigot*, 1905.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

42e Semaine du 15 au 21 octobre 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	5
3 mois à un an	4	3
1 an à 2 ans	1	2
2 à 5 ans	2	1
5 à 20 ans	2	2
20 à 60 ans	11	9
60 ans et au-dessus	12	21
Total	38	43

Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	4	5	16	17	11	10	5	10	17	»	8	103
TOTAL des DÉCÈS	4	9	5	15	11	14	6	6	9	1	1	79
Autres causes de décès	2	2	2	5	4	5	3	3	1	»	1	28
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	1	1	3	1	»	»	»	1	»	»	7
Maladies organiques du cœur	1	»	»	»	»	1	1	1	2	»	»	6
Bronchite	»	»	»	2	»	2	»	»	»	»	»	4
Apoplexie cérébrale	»	»	1	»	1	2	»	»	»	»	»	4
Cancer	1	4	»	»	2	»	2	1	»	»	»	10
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Bronchite et pneumonie	»	»	»	1	2	2	»	»	2	»	»	7
Grippe	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Tuberculose pulmonaire	»	1	»	4	1	1	»	1	2	1	»	11
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Erysipèle	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

N° 460. Neuvième Année. N° 45. Le Numéro : 10 centimes 5 Novembre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les dangers de la ponction sus-pubienne de la vessie

par le Professeur **Carlier**.

Lorsqu'un praticien, appelé auprès d'un malade atteint de rétention aiguë d'urine, prépare son nécessaire instrumental, sondes, bougies, etc., pour se rendre auprès de son client, il n'a garde d'oublier un appareil aspirateur, soit celui de POTAIN, soit celui de DIEULAFOY. N'est-il pas écrit dans tous les traités classiques, qu'en cas d'impossibilité du cathétérisme chez un rétréci ou un prostatique en proie à un accès de rétention aiguë d'urine, on a toujours la ressource de l'inoffensive et facile ponction sus-pubienne de la vessie ? Petite opération inoffensive, c'est bien en effet l'expression que l'on retrouve partout, aussi bien dans les traités de chirurgie générale que dans ceux de chirurgie spéciale. Parcourez le court et substantiel rapport lu par LEGUEU à la première session de l'Association française d'Urologie sur la ponction sus-pubienne de la vessie (octobre 1896), et vous y lirez la conclusion suivante : « la ponction hypogastrique, appliquée aux rétentions aiguës, ne constitue jamais qu'une méthode d'attente, mais elle permet *sans danger* d'attendre le retour de la perméabilité urétrale ou la préparation d'une opération plus complexe. *Elle peut être utile dans tous les cas.* Elle n'est absolument contre-indiquée que chez les prostatiques infectés et atteints de fausse route. Elle doit alors céder le pas à la cystostomie. » Et, prenant part à la discussion du rapport, mon distingué ami ALBARRAN déclare que la ponction est anodine, en dehors des abcès sus-pubiens sans gravité qu'elle peut provoquer. Même avis exprimé par MM. TÉDENAT, POTHERAT, le regretté VIGNERON et le signataire de cet article. C'était, comme on le voit, la glorification de la ponction.

En réalité, ceux qui proclamaient ainsi l'innocuité de la ponction avaient une expérience des plus restreintes de cette opération. N'étaient-ils pas tous, en effet, des chirurgiens spécialistes habitués aux manœuvres uréthrales et, comme tels, ne s'étant guère trouvés dans la nécessité de recourir à la ponction ? ALBARRAN avoue n'en avoir jamais pratiqué, de même GUIARD et TÉDENAT ; quant aux autres (VIGNERON, POTHERAT, CARLIER) ils n'avaient chacun, en tout et pour tout, que l'expérience d'un seul cas. Depuis lors la question de la ponction a subi le contrôle du temps, PONCET l'a rigoureusement, trop rigoureusement condamnée chez les prostatiques ; d'assez nombreuses observations, parues dans divers journaux médicaux, ont signalé les dangers possibles de la ponction hypogastrique, et, en décembre 1904, un de nos élèves,

M. Laudet, dans sa thèse de doctorat, mettait la question au point et produisait quelques observations inédites qui démontraient que la ponction n'est pas toujours inoffensive *chez les vieux urinaires,* le mot vieux désignant ici l'âge non du malade, mais de la maladie.

Il est bien probable que les observations malheureuses sont moins rares que ne semble l'indiquer la littérature médicale, on ne publie pas tous les cas désastreux ; d'ailleurs, nous avons la conviction que, de très bonne foi, on peut attribuer à la gravité des accidents urinaires une terminaison fatale dont la ponction est en réalité responsable. Nous en avons une preuve avec ce malade (observation III) entré à la clinique des voies urinaires après avoir subi une ponction en ville, et dont la péritonite, constatée à l'autopsie, évolua d'une façon assez insidieuse pour que la mort du sujet pût être attribuée à des accidents rénaux.

Il n'est donc pas douteux, et personne ne le nie aujourd'hui, que la ponction de la vessie puisse parfois être dangereuse. Mais comment distinguer les cas sinon dangereux, du moins douteux, d'avec ceux où la ponction peut être faite en toute sécurité par le chirurgien ?

Le seul vrai danger de la ponction hypogastrique c'est la péritonite. Il est bien entendu que nous envisageons ici le cas d'une ponction bien faite et réalisant toutes les conditions suivantes : trocart fin, stérilisé et adapté à un appareil aspirateur ; rasage, savonnage et antisepsie de la région prépubienne et sus-pubienne sur une certaine étendue ; introduction de l'aiguille *immédiatement au-dessus* de la symphyse pubienne : la vessie une fois vidée, retrait brusque du trocart *après avoir laissé pénétrer de l'air dans le récipient,* enfin occlusion de l'orifice cutané de la ponction.

La ponction ainsi faite d'une vessie bien distendue par l'urine met à l'abri de toute blessure du cul-de-sac péritonéal, c'est ce que disent les classiques. Ils ont le plus ordinairement raison, surtout lorsqu'il s'agit de sujets sans antécédents vésicaux, nous reviendrons tout à l'heure sur ce point. Il faut cependant savoir que, chez certains individus, le péritoine reste presque accolé à la symphyse pubienne, malgré la distension de la vessie.

Eh bien, même dans ce cas, la ponction pourra n'avoir aucune suite si elle a été pratiquée avec un trocart fin, si, par la suite, la vessie n'est pas soumise à une trop grande distension qui pourrait favoriser l'issue de l'urine par l'orifice vésical incomplètement cicatrisé de la ponction précédente, enfin et surtout si l'urine est aseptique. Nous ne mettons nullement en doute que nombre de ponctions ont été faites à travers le péritoine sans aucune suite fâcheuse. Nous avons le souvenir d'un jeune rétréci, n'ayant pas plus de 25 ans et qui nous fut adressé d'urgence un matin à la maison de santé pour une rétention d'urine. Vers minuit, après de copieuses libations, ce malade ne pouvant plus uriner, avait appelé un médecin pour le soulager. Devant l'impossibilité du cathétérisme, le confrère fit une ponction de la vessie. Or nous retrouvons dans nos notes que l'orifice cutané de la ponction, situé sur la ligne médiane, était plus rapproché de l'ombilic que du pubis. Évidemment le trocart avait passé à travers le péritoine. Mais comme le malade n'était pas infecté, et qu'il ne s'écoula qu'un intervalle de temps restreint entre le moment de la ponction et l'urétrotomie externe que nous dûmes faire séance tenante, le malade guérit sans incident. Nous pourrions encore citer le cas d'une jeune femme que nous soignons depuis quelques années pour une hydronéphrose du rein droit et dont la poche rénale fut ponctionnée en avant en 1883 — la malade avait alors environ quinze ans — par un des plus distingués chirurgiens de Lille. Il serait peut-être facile de multiplier les cas n'ayant eu aucune suite fâcheuse, de ponction transpéritonéale de la vessie ou du rein distendus par l'urine, mais nous aimons mieux citer les observations malheureuses. Elles incitent davantage le praticien à la prudence et à la réflexion, attendu qu'elles résultent souvent soit d'une faute de technique opératoire, soit d'une insuffisante connaissance des causes qui rendent la ponction périlleuse.

Pour n'avoir plus à revenir sur les fautes de technique, — celle-ci a été précisée plus haut —, il en est une qu'il est bon de rappeler encore, c'est la précaution, avant de retirer le trocart de la vessie, de faire cesser le vide dans l'appareil aspirateur. Sinon l'on s'expose à aspirer le contenu vésical parfois septique à travers l'orifice de ponction et à ensemencer le trajet de l'instrument. Cela peut être grave dans les cas où la ponction a été transpéritonéale (voir observation II), et, dans les cas ordinaires où la ponction a été sous-péritonéale, cette inattention peut provoquer un abcès antévésical sus-pubien.

Mais combien plus intéressante, parce que moins connue, est l'étude des causes qui fixent le cul-de-sac du péritoine et le mettent parfois en contradiction avec les lois fixées par les anatomistes, à savoir que le cul-de-sac s'éloigne d'autant plus de la symphyse que la vessie se distend davantage. Cette loi comporte certes des exceptions. Les nombreuses cystotomies qui ont été faites depuis quinze ans ont péremptoirement démontré que le péritoine reste parfois très voisin de la symphyse, malgré la distension de la vessie. D'ailleurs, M. Testut lui-même ne cite-t-il pas le cas observé par lui d'un sujet de 92 ans dont le péritoine n'était qu'à dix-huit millimètres de la symphyse, avec une vessie remontant à l'ombilic ?

Si le fait a été plus souvent observé par les chirurgiens que par les anatomistes, c'est qu'ils ont eu à opérer des

malades à antécédents urinaires de plus ou moins ancienne date. Or, chez les vieux rétrécis comme chez les vieux prostatiques, la *péricystite* est chose fréquente. Cette péricystite densifie le tissu cellulaire sous-péritonéal, il en résulte une union plus intime de la séreuse à la vessie et souvent des adhérences anormales dans le voisinage du cul-de-sac péritonéal. Pour ne parler que des cas récents, nous avons cystostomisé en janvier 1905, à la maison de santé, un malade porteur d'une énorme tumeur urineuse à laquelle il eût été imprudent de toucher sans une cystotomie préalable. Or, malgré une injection abondante d'eau boriquée dans la vessie, le cul-de-sac péritonéal était presque en contact avec la symphyse, et nous fîmes alors remarquer à notre assistant combien eût été dangereuse une ponction de la vessie chez ce malade.

Nous avons eu à faire la même réflexion pour un prostatique infecté que nous opérions au Cateau, en septembre 1904, avec mes confrères et amis les docteurs Rossigneux et Druesne. Enfin nous avons cystostomisé à la clinique urinaire de l'hôpital Saint-Sauveur, en février 1905, un homme jeune encore et atteint d'une énorme tumeur vésicale. Là encore nous avons fait remarquer aux élèves la situation anormalement abaissée du cul-de-sac qu'il fallut détacher au bistouri pour le relever suffisamment avant d'inciser la vessie. Nous rapportons plus loin trois cas malheureux de ponction de la vessie ; dans l'observation I la ponction a été faite par un de mes chefs de clinique ; dans l'observation II elle fut pratiquée d'urgence par un de nos meilleurs internes des hôpitaux ; enfin le malade de l'observation III avait été ponctionné en ville. Les malades des observations I et II ont été emportés par une péritonite, malgré la laparotomie hâtivement faite ; chez le malade de l'observation III, la péritonite a évolué d'une façon insidieuse à ce point que la mort a paru attribuable à des complications urinaires.

L'enseignement à tirer de ces faits c'est qu'une ponction sus-pubienne de la vessie, même pratiquée avec toute la prudence désirable pour éviter le cul-de-sac péritonéal, expose à la blessure du péritoine, et cela lorsqu'il s'agit de malades urinaires dont les accidents, déjà anciens, ont modifié les conditions anatomiques du péritoine périvésical (péricystite de Hallé). Chez ces vieux urinaires, il faut compter non seulement avec le cul-de-sac péritonéal qui peut ne remonter qu'insuffisamment pour être à l'abri du trocart, mais encore avec l'infection du milieu vésical, qui peut rendre grave une ponction faite dans ces conditions particulières. Ce sont ces cas qu'au cours de cet article nous avons qualifié de cas douteux ou dangereux au point de vue du pronostic de la ponction. Heureusement, ces cas sont plutôt rares et il en est beaucoup d'autres où la ponction de la vessie conserve toute innocuité, qu'il s'agisse de rétrécis ou de prostatiques rétentionnistes non infectés, ou encore et surtout de ces malades surpris en pleine santé par une rupture traumatique de l'urètre et chez lesquels la ponction, opportunément pratiquée, met le foyer de la rupture urétrale à l'abri de l'infection par la sonde ou par l'urine et permet d'attendre avec un minimum de souffrances l'intervention chirurgicale.

Nous rapportons ici les trois observations de malades ponctionnés qu'il m'a été donné d'observer à l'hôpital Saint-Sauveur. Dans aucun cas la ponction n'a été faite par nous-même, mais tout au moins pour ce qui concerne les observations I et II, nous pouvons affirmer de visu que la manœuvre du trocart fut correctement faite et que l'indication de la faire était nettement posée.

Observation I. — *Ponction sus-pubienne de la vessie chez un prostatique rétentionniste. Péritonite consécutive. Mort.*

Isidore C..., 72 ans, entre d'urgence le 8 mai 1905 à la clinique des voies urinaires de l'hôpital St-Sauveur pour une rétention d'urine. Il était huit heures du soir. L'interne de garde aussitôt appelé apprit que, depuis deux ans, le malade avait des mictions fréquentes et un peu difficiles, qu'il urinait assez souvent pendant la nuit et que, à diverses reprises, il avait eu des rétentions passagères qui avaient cessé spontanément. Vers le 27 avril C... avait assisté à un banquet où il avait absorbé assez bien de boissons alcooliques. Le lendemain au réveil il ne put uriner, la rétention d'urine persista pendant toute la journée ; un médecin ayant été appelé pratiqua le cathétérisme avec une sonde de Nélaton et retira de la vessie environ 600 grammes d'urine, il laissa ensuite à demeure une sonde en gomme. Mais celle-ci, mal fixée, sortit du canal pendant la nuit. Depuis lors, la rétention à peu près complète persistant, les sondages furent continués.

Le 7 mai, la veille de son entrée à la Clinique, le médecin ordinaire de C... ayant dû s'absenter, délégua auprès du malade un de ses confrères qui ne put introduire la sonde dans la vessie. De nombreuses tentatives de cathétérisme étant restées infructueuses, C... fut adressé à la Clinique urinaire de l'hôpital Saint-Sauveur, où il arriva dans la soirée du 8 mai. Le malade souffrait beaucoup, son linge était maculé de sang provenant de l'urètre, et la vessie distendue formait au-dessus du pubis un globe douloureux à la pression et qu'on pouvait aisément délimiter. Après une légère et infructueuse tentative de cathétérisme, rendu d'ailleurs difficile par les manœuvres antérieures et aussi par une volumineuse hydrocèle gauche qui s'opposait au mouvement d'abaissement du pavillon de la sonde, l'interne de garde décida une ponction sus-pubienne de la vessie avec l'aspirateur de Potain. Cette ponction, faite suivant les données classiques, lui permit de retirer de la vessie 700 grammes d'urine infectée et fortement teintée de sang.

Quoique soulagé par l'évacuation de sa vessie, le malade passe une nuit médiocre, mais le thermomètre qui marquait la veille au soir 38°4, marque 37°6 le matin du 9 mai. Absent de Lille pendant la matinée du 9 mai, je vois le malade à deux heures de l'après-midi. Il n'a pas uriné depuis la ponction pratiquée dix-huit heures auparavant. Les douleurs de la rétention sont de nouveau très vives, le pouls est à 116, la température à 37°7. Mis au courant des incidents de la veille par M. P. Butruille, interne de la Clinique, je fais un rapide examen du malade, le toucher

rectal dénote une prostate hypertrophiée, l'introduction d'une bougie exploratrice à boule démontre que la boule est arrêtée en plein urètre prostatique, à trois centimètres environ en arrière du sphincter membraneux. Pour n'être pas gêné par l'énorme hydrocèle du malade, je la ponctionne et je retire 700 à 800 grammes d'un liquide fortement citrin, puis j'introduis aisément dans la vessie une sonde béquille en gomme numéro 18 en exécutant la classique manœuvre du mandrin. La sonde est laissée à demeure et fonctionne très bien pendant toute la nuit. M. Butruille revoit le malade à dix heures du soir, c'est-à-dire vingt-quatre heures environ après la ponction de la vessie, voici ses constatations. Température 37°7, pouls 120; la langue est sèche, il est survenu quelques vomissements porracés. Le ventre est ballonné et douloureux un peu partout à la pression, mais la douleur est surtout très accusée dans la région hypogastrique.

10 mai. — Je revois le malade à dix heures du matin, trente-six heures après la ponction. La sonde a très bien fonctionné, mais l'état général est médiocre. Le pouls, petit, est à 112, le thermomètre marque 37°6, le ventre est ballonné et très sensible, la langue un peu sèche, les yeux un peu cernés, le faciès anxieux. Il me paraît évident que le malade commence une péritonite, dont la seule cause possible est la ponction de la vessie faite trente-six heures auparavant, et je décide une intervention immédiate.

Laparotomie. — Le malade est anesthésié par M. Bricout, externe du service, avec l'appareil de Ricard. Après incision médiane de la paroi abdominale et ouverture du péritoine, on constate l'existence de quelques fausses membranes sur le péritoine du petit bassin. On découvre facilement *sur la face séreuse de la vessie*, assez près du pubis, la trace du passage du trocart, et on trouve dans le petit bassin, au cul-de-sac vésico-rectal, une sérosité louche dont on recueille une partie avec une pipette stérile à fin d'examen bactériologique. Après une toilette minutieuse de tout le petit bassin, on draine avec un gros drain de caoutchouc entouré de gaze iodoformée et on referme le ventre par une suture à trois étages. Pansement aseptique.

Le malade a eu de fréquents vomissements pendant la chloroformisation, et à son réveil il a conservé un état nauséeux. Injection de 500 centimètres cubes de sérum et de 30 centigrammes de caféine. Nouvelle injection de sérum à deux heures de l'après-midi.

Le soir T. 37°7, pouls 128 à six heures du soir, 148 à neuf heures. Peu d'urines.

11 mai. — Vomissements pendant toute la nuit. Soif ardente. Pouls 148, T. 37°6.

Le soir T. 37°8. pouls 120. Injection de 600 centimètres cubes de sérum.

12 mai. — Nuit mauvaise, ventre toujours ballonné, plaie en bon état. T. 36°8, pouls à 120. Dans la journée les urines sont très abondantes.

Le soir T. 38°2, pouls à 120. Injection de sérum.

13 mai. — Nuit mauvaise. Subdélirium.

T. 37°. Pouls à 100.

14 mai. — Mort à midi.

Autopsie. — La péritonite s'est localisée au petit bassin, où on retrouve de la sérosité louche et des fausses membranes. Une certaine quantité de pus s'écoule de la cavité de Retzius.

On enlève la vessie tout entière y compris la partie inférieure de la paroi abdominale, muscles et peau. Il ne reste plus aucune trace du passage du trocart qui a servi à la ponction de la vessie, ni à la peau, ni aux muscles, ni au péritoine pariétal et vésical.

L'examen bactériologique de la sérosité péritonéale recueillie au moment de l'opération a donné une culture pure de bactérium coli.

L'examen des *urines* recueillies le 11 mai avait donné le résultat suivant : dépôt de centrifugation presque nul constitué par du mucus en très petite quantité et des cylindroïdes muqueux. Aucun microbe. Pas de globules de pus. Ensemencement : après quarante-huit heures seulement, culture peu développée de pneumobacille de Friedlander.

Observation II. — *Rétrécissement infranchissable. — Rétention, Ponction hypogastrique, péritonite consécutive. — Mort.*

Jules D..., âgé de quarante-six ans, entre à la clinique des voies urinaires de l'hôpital Saint-Sauveur, salle Saint-Luc, le 23 juillet 1904, pour une rétention d'urine.

Plusieurs tentatives de cathétérisme ayant été faites en ville, le docteur Davrinche, aide de clinique, est appelé d'urgence à l'hôpital vers trois heures de l'après midi.

Il trouve le malade en rétention complète depuis vingt-sept heures, les souffrances sont très vives, et le malade, en proie à une agitation extrême, demande à grands cris qu'on le soulage.

Quelques renseignements donnés avec peine, permettent de reconstituer rapidement l'histoire de la maladie.

On trouve dans les antécédents de nombreuses blennorragies et, vers l'âge de vingt cinq ans, une chute sur le périnée qui aurait, au dire du malade, déterminé une rupture de l'urèthre. Il y a une dizaine d'années apparut de l'incontinence d'urine. Enfin, il y a six ans, le malade fut opéré à l'hôpital Lariboisière, par M. Bazy, pour un phlegmon urineux. L'incontinence ne tarda pas à reparaître après cette intervention et le malade mena jusque maintenant une existence assez tourmentée, il avait de temps en temps de petits accès de rétention qui cédaient au repos et quelques cataplasmes. Il essaya vainement de ces petits moyens depuis le début des accidents actuels, et devant l'impossibilité du cathétérisme, il se décida à venir à l'hôpital.

A l'examen, on trouve une vessie moyennement distendue remontant à trois travers de doigts au dessus du pubis : la palpation en est très douloureuse et la percussion permet de constater une matité absolue.

Au niveau de la région scrotale, on trouve une tuméfaction rénitente qui, au dire du malade, a toujours existé depuis l'opération faite antérieurement.

Un explorateur à boule n° 18 est arrêté dans la région pénienne; un explorateur n° 10 bute au niveau de la région scrotale : on prend alors une boule très petite qui est encore arrêtée.

Devant l'impossibilité de franchir le rétrécissement avec les bougies les plus fines, on arrête bientôt les tentatives de cathétérisme, et, vu les souffrances du malade, on se décide pour la ponction hypogastrique.

Après avoir pris les soins antiseptiques habituels, et avoir rasé les poils de la région pubienne, M. Davrinche pratique la ponction hypogastrique, en présence de M. Petit, interne de garde : la ponction est faite avec le trocart le plus fin de l'aspirateur Potain et le doigt repérant le pubis, l'aiguille rase au sens propre du mot, le bord supérieure de cet os, il s'écoule aussitôt une urine trouble et extrêmement fétide : on en retire environ un litre et demi. M. Davrinche retire l'aiguille *sans avoir fait cesser le vide dans l'appareil.*

Le malade se déclare immédiatement très soulagé, mais une demi-heure après, il fait un accès de fièvre urineuse, due probablement à la courte tentative de sondage.

M. Davrinche repasse dans le service le soir vers huit

heures et demie : le malade se plaint de nouveau qu'il a besoin d'uriner, et dans la crainte de voir revenir pendant la nuit les souffrances de la journée, il réclame une nouvelle ponction qu'on ne croit pas devoir lui accorder. On lui fait une piqûre de morphine et on lui enveloppe le ventre et le périnée avec des compresses chaudes.

Le lendemain matin, à 7 heures, M. DAVRINCHE trouve le malade plus calme ; il ne se plaint presque plus de ses besoins d'uriner, mais en revanche, il accuse de la douleur dans le ventre ; l'examen permet alors de constater un ballonnement moyen, généralisé à tout l'abdomen ; la palpation du ventre est assez douloureuse. Le diagnostic de *péritonite* est aussitôt porté, dès lors on fait tout disposer pour une laparotomie.

M. le Dr CARLIER étant absent, l'opération est pratiquée par M. DAVRINCHE avec l'aide de MM. GUGELOT et DUBOIS, internes des hôpitaux.

Incision sous-ombilicale de quinze centimètres environ : au niveau de la région prévésicale, on trouve une espèce d'hématome infiltrant les tissus ; le cul-de-sac péritonéal est repéré et découvert au milieu de cette masse : on le trouve extrêmement bas, pour ainsi dire derrière le pubis ; il paraît très adhérent à la vessie, et une inspection assez rapide ne permet pas d'y découvrir l'orifice, forcément petit, qu'a dû lui faire le trocart. On ouvre alors le péritoine, à la partie supérieure de l'incision : il s'en écoule environ deux cuillerées à soupe d'un liquide roussâtre, les anses intestinales sont distendues et, çà et là, on trouve quelques fausses membranes : deux gros drains, entourés de gaze stérile, sont placés dans les fosses iliaques, l'un à droite, l'autre à gauche et le péritoine est rapproché autour d'eux. On fait également quelques sutures musculaires autour de l'ouverture péritonéale, de façon à isoler celle-ci de la partie inférieure de la plaie.

On revient alors sur la vessie pour l'ouvrir et, en relevant le cul-de-sac péritonéal, on *trouve celui-ci extrêmement adhérent à la vessie et comme noyé dans une couche de graisse, indice d'une péricystite intense*. On fait à la vessie une ponction au bistouri et on introduit immédiatement une grosse sonde de Pezzer qui laisse écouler environ 200 grammes d'une urine extrêmement fétide. L'opération a duré en tout trente-cinq minutes.

Au réveil, le malade ne souffre plus : le pouls est assez bon, on lui fait néanmoins une injection de sérum et de caféine : la température est de 37°8 : le soir, vers neuf heures, le pouls faiblit, et malgré tout il est impossible de le remonter. Le malade meurt le lendemain vers midi.

Autopsie. — Pratiquée par M. GUGELOT, en présence de M. DAVRINCHE.

On examine avec soin le cul-de sac péritonéal et de nouveau il est impossible, étant donné la présence de fausses membranes, de retrouver l'ouverture faite par le trocart. L'intestin est déroulé sur toute son étendue, et on ne le trouve perforé en aucun endroit. L'appareil urinaire est enlevé tout entier et au cours de cette ablation on constate que la vessie adhère intimement aux tissus environnants ; elle est petite et épaisse.

Dans le bas-fond vésical, on trouve environ 100 grammes d'une boue purulente qui n'a pas été évacuée par la sonde. L'examen de l'urèthre permet de constater la présence, au niveau de la région scrotale, d'une poche urineuse à parois épaisses

OBSERVATION III. — *Hypertrophie de la prostate. Rétention. Ponction hypogastrique et péritonite consécutive. Mort.*

Henri D..., 76 ans, entre à la clinique des voies urinaires de l'hôpital Saint-Sauveur, le 17 septembre 1904, pour rétention d'urine.

Depuis un certain temps (il ne peut préciser), le malade urine difficilement : il est obligé de pousser fortement au début de la miction. Les envies d'uriner sont fréquentes, surtout la nuit : il y a diminution considérable du jet : il lui arrive souvent d'uriner goutte à goutte. Dans ces derniers temps, son état s'est aggravé ; il a dû se faire sonder a plusieurs reprises par un médecin.

La veille de son entrée à l'hôpital, le malade a présenté une crise de rétention aiguë, pour laquelle on a dû faire en ville une ponction hypogastrique.

Le malade, qui entre à l'hôpital le lendemain 17 septembre 1904, à 3 heures, est vu vers 4 h. 1/2. On constate à ce moment que la vessie, pleine d'urine, forme un globe remontant jusqu'à l'ombilic. Le malade éprouve un violent besoin d'uriner qu'il ne peut satisfaire. Le toucher rectal dénote une prostate hypertrophiée, régulière ; pas d'induration ni de bosselures.

En face de cette rétention, on procède au sondage : on introduit une sonde béquille n° 14 qui passe sans difficultés. On retire de 800 grammes à un litre d'urine légèrement trouble mais sans dépôt ; on fait un lavage de la vessie à l'eau boriquée et on laisse la sonde à demeure pendant 5 jours consécutifs.

Il faut noter que le malade se plaint de douleurs dans le ventre qui n'attirent pas suffisamment l'attention. Ces douleurs, peu vives, persistent pendant tout le séjour du patient à l'hôpital, mais sans vomissements, ni hoquet ; cependant, il y a de la diarrhée abondante pendant les quelques jours qui précèdent la mort. Aucune élévation de la température qui reste plutôt basse, oscillant entre 36°6 et 36°8.

Tous les matins, on fait le nettoyage de la sonde à demeure à l'eau boriquée, et un lavage de la vessie à l'eau boriquée et au nitrate d'argent au 1/1000. Les urines sont un peu troubles, mais sans dépôt.

Le 22 septembre, on retire la sonde à demeure, après lavage de la vessie et de l'urèthre postérieur. Le malade a le soir une température de 38°4. Il est sondé à 5 heures du soir, lavage à l'eau boriquée.

Le 23 au matin, la température est 37°9. On sonde le malade et on ne retire qu'environ 100 grammes d'une urine très purulente. Lavage de la vessie comme d'habitude ; on laisse la sonde à demeure.

Le soir, l'anurie du malade persiste. Depuis le matin, on n'a recueilli qu'environ 50 grammes d'urine colorée par le sang. Le malade est obnubilé ; pouls faible avec intermittences.

Le 24 au matin, l'anurie persiste. Le malade a émis depuis la veille 100 grammes d'urine toujours sanglante. Le pouls ne s'est pas relevé. La palpation du ventre est un peu douloureuse : on ne constate ni ballonnement, ni vomissements.

En présence de cette anurie, on injecte, à dix heures du matin, 400 grammes de sérum artificiel et 0 gr. 30 centigr. de caféine ; le soir, le malade a uriné un peu plus que le matin. Nouvelle injection de sérum et de 0 gr. 30 centigr. de caféine, à quatre heures du soir. Pouls toujours aussi faible ; le malade répond très difficilement aux questions qu'on lui pose.

Le 25 au matin, le malade a uriné, depuis la veille au soir, 200 gr. d'urine. On réinjecte 300 gr. de sérum et 0 gr. 50 centigr. de caféine, à huit heures du matin. Le malade ne se remonte pas ; sa sécrétion urinaire ne se rétablit point, et il succombe le 25 septembre au soir, huit jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Pratiquée le 27 septembre.

A l'ouverture du péritoine, on constate la présence de 500 à 600 grammes d'un liquide louche, d'odeur fétide.

L'intestin est recouvert de fausses membranes. On procède à l'enlèvement de l'appareil urinaire.

Au cours de cette dissection, on s'aperçoit que *le péritoine prévésical descend très bas sur la face antérieure de la vessie et y adhère fortement*. On note à ce niveau un petit point ecchymotique d'aspect étoilé qui attire tout d'abord l'attention ; ce point correspondant à l'endroit où a été perforée la vessie au moment de la ponction hypogastrique. La superposition des deux points apparaît surtout bien après dissection du péritoine prévésical.

Les reins, à première vue, ne présentant rien de particulier et ne sont pas scléreux. On les incise suivant le bord convexe ; on trouve dans le rein droit plusieurs petits foyers purulents ; rien dans le gauche. Pas de dilatation des uretères.

La prostate est grosse et régulière.

Rien à signaler du côté de l'urèthre.

On trouve dans le péricarde soixante grammes environ d'un liquide citrin.

Les artères coronaires sont flexueuses, dures, athéromateuses.

Les veines cardiaques apparaissent dilatées, turgescentes.

A l'ouverture du cœur, nombreuses plaques d'athérome,

A l'origine de l'aorte, au niveau de l'infundibulum, ossification partielle des piliers ventriculaires.

Épuration de l'eau par l'iode

par **F. Malméjac**, Docteur en Pharmacie, Pharmacien-Major de 2me classe.

L'iode a été employé pour la première fois à l'épuration de l'eau par le pharmacien-major Dr ALLAIN. Il ajoutait huit gouttes normales de teinture d'iode par litre d'eau à épurer, agitait, laissait en contact pendant une demi-heure, puis neutralisait l'excès d'iode, soit par une trace d'hyposulfite de soude, soit par une cuillerée à soupe de vin ou d'infusion de thé ou de café. Le goût et l'odeur de l'iode disparaissaient. S'il en était besoin il filtrait, en outre, sur du coton de verre placé dans la douille d'un entonnoir sur une longueur de 10 centimètres. En opérant ainsi il tuait tous les germes pathogènes non sporulés et la majorité des saprophytes. Ses expériences ont porté sur le choléra, l'Eberth, l'Escherich, le charbon.

En 1900, tandis que nous poursuivions notre étude sur les matières organiques des eaux, nous étions frappé du grand nombre de procédés que l'on préconisait pour épurer ce milieu et nous avons été tout naturellement amené à comparer entre eux tous ceux qui pouvaient être mis en œuvre dans un laboratoire ; c'est ainsi qu'après avoir examiné un certain nombre de procédés agissant mécaniquement nous avons étudié l'épuration des eaux par les halogènes. Cette étude, et bien d'autres faites depuis, nous ont montré que pour l'épuration de l'eau, au point de vue bactériologique, l'iode pouvait être considéré comme sensiblement supérieur au chlore et au brome.

Le procédé Allain nous a toujours paru peu applicable aux eaux troubles, qu'il est du reste très facile de clarifier avec n'importe quel filtre de fortune, avant de les soumettre à l'action de l'iode.

Nous l'avons souvent employé, surtout en Algérie. Nous prenions :

Eau.	1 litre
Teinture d'iode.	VIII gouttes

on agitait, on laissait en contact pendant une demi-heure et on ajoutait :

Solution d'hyposulfite de soude au dixième Q. S. pour saturer l'excès d'iode. En général de V à X gouttes.

On absorbe ainsi par litre d'eau une quantité infime d'iodure de sodium qui ne saurait avoir aucun effet sur l'organisme.

En 1902 l'étude de l'épuration de l'eau par l'iode fut reprise au Val-de-Grâce. M. le médecin-inspecteur VAILLARD a montré que ce procédé était supérieur à bien d'autres, que l'iode (1) « à la dose de vingt-cinq milligrammes par litre tue sûrement, en cinq ou dix minutes, le bacille typhique, le bacille coli, le vibrion cholérique que l'on mélange en quantité considérable à des eaux préalablement stérilisées. A la dose de cinquante ou mieux soixante-quinze milligrammes par litre, et agissant pendant dix minutes sur des eaux naturelles, il stérilise à peu près complètement l'eau de Seine et l'eau fort impure d'une mare vaseuse qui est située dans les jardins du Val-de-Grâce ; du moins il détruit tous les microbes non sporulés, mais, comme les autres antiseptiques, reste à peu près sans effet sur les spores résistants de certaines bactéries banales. On ne saurait demander plus. L'iode comme le brome en excès, est facilement éliminé par une faible proportion d'hyposulfite de soude. Après le traitement, l'eau garde sa limpidité originelle, son goût naturel et ses qualités organoleptiques essentielles. »

M. VAILLARD pensant que l'iode en solution était peu pratique, surtout pour des troupes en campagne, proposa le problème suivant :

« Trouver une préparation d'iode à l'état solide, facilement transportable, inaltérable, maniable pour l'homme de troupe, et telle que chacun puisse, sans risque et sans erreur, introduire dans un volume d'eau déterminé un poids fixe de métalloïde en nature, c'est-à-dire à son maximum d'activité ».

Ce fut M. le pharmacien principal GEORGES qui en trouva la solution (2).

Il préconise deux comprimés et une pastille.

1° Comprimé d'iodate de soude et d'iodure de potassium ; 2° Comprimé d'acide tartrique ; 3° Pastille d'hyposulfite de soude.

Le procédé d'épuration de l'eau par l'iode consiste alors à prendre pour eau : un litre, comprimé d'iodate de soude :

(1) Archives de médecine et de pharmacie militaires, tome 40e, juillet 1902, page 29.

(2) *Loc. cit.*, page 37.

un ; comprimé d'acide tartrique : un. On fait dissoudre simultanément les deux comprimés dans un peu d'eau et l'on ajoute la solution ainsi obtenue au reste du litre d'eau à épurer. Après dix minutes de contact on sature l'excès d'iode par : Pastille d'hyposulfite de soude, une.

Par cette méthode; ce n'est plus un,mais six centigrammes d'iode que l'on emploie par litre d'eau.

Que l'on ait recours au procédé primitif du docteur Allain ou à celui des professeurs Vaillard et Georges, la technique est toujours très facile, l'épuration rapide et dans l'un et l'autre cas le goût, l'odeur, l'aspect de l'eau ne sont en rien modifiés.

C'est pour cela que nous avons cru devoir attirer l'attention sur cet élégant procédé d'épuration de l'eau, toujours et partout utile.

Hystérectomie abdominale pour infection par suite de rétention placentaire datant de deux mois dans un utérus fibromateux.

par le docteur J. **Drucbert**, chef de clinique chirurgicale.

Maria R..., âgée de quarante et un ans, est entrée le 6 septembre 1905 dans le service de M. le professeur Dubar, que j'avais l'honneur de suppléer, pour hémorrhagies utérines graves. Cette malade, réglée depuis l'âge de quinze ans, n'a jamais eu d'enfants ni de pertes ; ses règles durent habituellement quatre à cinq jours, sont assez abondantes, mais en dehors de la période menstruelle, la malade n'a jamais eu de métrorrhagies. D'après ses dires, elle fut réglée tout-à-fait normalement le 16 mai dernier, mais en juin les règles ne parurent pas. C'est à ce moment seulement que la malade s'aperçut de la présence d'une tuméfaction siégeant à la partie inférieure de l'abdomen ; tuméfaction qu'elle attribua à sa grossesse commençante. La malade fut prise de douleurs le 14 juillet et perdit du sang en abondance. Servante de ferme et veuve, elle cacha soigneusement l'événement, ne prit aucune précaution et continua son service. Des lochies fétides coulèrent pendant tout le mois suivant, puis apparurent des hémorragies très abondantes et répétées qui l'obligèrent à consulter un médecin qui l'envoya à l'hôpital.

Le soir de son arrivée à l'hôpital Maria R... eut une nouvelle hémorrhagie ; une injection chaude et un tamponnement serré l'arrêtèrent. Le 7 septembre, en examinant la malade, nous constatons qu'elle est dans un état d'anémie profonde ; son utérus remonte jusque l'ombilic, il est bosselé et l'on constate vers son bord droit la présence d'un fibrome ayant le volume d'une tête d'enfant. Par le col entr'ouvert s'échappe un liquide sanguinolent d'une fétidité extrême ; la malade déclarant qu'elle a toujours été bien réglée, nous posons le diagnostic de fibrome utérin en voie de sphacèle et nous nous proposons d'en faire l'ablation quand nous aurons obtenu une désinfection relative des voies génitales. Le soir même et le lendemain de nouvelles hémorrhagies inquiétantes par leur abondance se reproduisirent qui nous forcèrent à intervenir plus rapidement que nous ne l'aurions voulu.

Le vagin ayant été très soigneusement savonné et désinfecté puis tamponné légèrement à la gaze iodoformée, nous pratiquons le 9 septembre une laparotomie. L'intestin étant bien protégé par des compresses éponges nous décollons une collerette de péritoine en avant et en arrière, nous détachons les annexes entre deux pinces clamps et nous lions les utérines. L'utérus fut alors fortement attiré en dehors de la cavité abdominale et deux grands clamps placés au ras de l'insertion vaginale du col. Une section entre ces deux pinces nous permit d'enlever la tumeur sans qu'aucune goutte de liquide sanieux ait pu souiller le péritoine. La muqueuse du col fut enlevée et le col drainé par une mèche de gaze et fermé du côté abdominal par six points de suture au catgut. Les pédicules annexiels furent liés et le péritoine reconstitué au-dessus du moignon cervical. La malade, qui avait le matin de l'intervention 38°6, guérit sans aucune complication du côté du péritoine, mais pendant dix jours la température du soir atteignit 38 à 38°5. La malade est sortie guérie le 13 octobre 1905.

L'examen de la pièce montre, outre de nombreux petits fibromes interstitiels, un fibrome du volume d'une tête d'enfant affleurant la muqueuse utérine sur laquelle sont restés greffés des morceaux de placenta tels qu'il faut penser à une grossesse plus avancée que les deux mois avoués par la malade après l'opération. Son état de veuvage, un avortement fort probablement provoqué sont la cause du mutisme de la malade sur cette circonstance. Quoi qu'il en soit, cette observation est intéressante puisqu'il s'agit d'une infection puerpérale guérie par l'hystérectomie malgré les complications locales : fibromes, et générales : anémie et affaiblissement extrême de la malade à la suite de ses hémorrhagies répétées.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 9 octobre 1905

Présidence de M. Surmont, président.

Cirrhose biliaire hypersplénomégalique.

M. **Ingelrans** présente une malade de trente-huit ans, atteinte, depuis l'âge de vingt-quatre ans, de cette forme de maladie de Hanot que MM. Gilbert et Fournier ont décrite, pour la première fois, à la Société de biologie, le 1er juin 1895. La rate est énorme, occupe tout le côté gauche du ventre et plonge dans le bassin ; le foie est peu hypertrophié.

Le diagnostic ne peut être mis en doute : l'ictère dure depuis quatorze années et l'évolution générale ne permet aucune autre hypothèse. La splénomégalie primitive et la grosse rate leucocythémique se distinguent, en effet, facilement par l'absence d'ictère et les caractères hématologiques.

L'hypertrophie de la rate dans les cirrhoses biliaires s'explique par la congestion passive et par l'infection. Dans les cirrhoses biliaires hypersplénomégaliques, MM. Gilbert et Lereboullet ont toujours pu observer le syndrome de l'hypertension portale légère. En outre, la rate s'infecte par l'intermédiaire du foie. L'infection se rendrait du foie à la rate par la veine splénique. Il existe en effet une congestion passive de la rate lors de la digestion, par stase dans la veine splénique : dans les cirrhoses biliaires où la congestion passive est accentuée, des microbes

mobiles, comme le coli, peuvent cheminer jusqu'à la rate pour s'y implanter par la suite. La maladie est ici consécutive à une infection puerpérale.

La malade a les matières fécales normalement colorées. Chose curieuse, l'ictère est acholurique ; ni pigments, ni urobiline, ni sel, ni acides biliaires. Anémie : 3,751,000 hématies. Leucocytose : 10,479 leucocytes dont 79 °/. de polynucléaires.

M. **Charmeil** demande quelles furent les variations d'intensité de l'ictère ?

M. **Ingelrans** en a noté de très minimes.

M. **Charmeil** souligne l'absence de fièvre.

M. **Surmont** pense que l'observation de la malade de M. Ingelrans suscite certaines réflexions. M. Surmont rappelle que toutes les affections des voies biliaires, depuis la cholémie simple familiale et l'ictère simple jusqu'à la maladie de Hanot, ont un substratum anatomique unique qui est l'angiocholite tantôt simple ou catarrhale, tantôt lithogène, tantôt cirrhogène, tantôt purulente et aussi un substratum étiologique unique qui est l'infection ascendante des voies biliaires. Il en résulte que les maladies des voies biliaires forment une série de syndromes cliniques étroitement voisins les uns des autres, avec des cas de passage qu'on peut presque aussi aisément ranger dans une catégorie clinique que dans l'autre. Il en est ainsi pour la malade de M. Ingelrans. Il est évident qu'on ne peut hésiter chez elle qu'entre le diagnostic de maladie de Hanot et celui d'ictère chronique splénomégalique dans lequel on trouve comme dans la maladie de Hanot l'ictère, la splénomégalie, l'hépatomégalie, mais dans lequel le foie n'est pas cirrhotique.

M. Surmont penche plutôt vers le diagnostic d'ictère chronique splénomégalique à cause de l'absence de signes de cirrhose particulièrement du côté des urines, à cause du peu d'intensité de l'ictère et surtout de l'absence de mélanodermie et de lésions cutanées d'origine biliaire, à cause aussi de la longue durée des accidents qui plaide plutôt en faveur de l'ictère chronique qu'en faveur de la cirrhose de Hanot.

M. **Ingelrans** dit qu'il n'est pas impossible qu'il s'agisse simplement d'une angiocholite chronique précédant la cirrhose, mais que la seule raison de rejeter la cirrhose serait ici le peu d'hypertrophie du foie. Or, la maladie de Hanot hypersplénomégalique n'est pas forcément caractérisée par un foie plus gros que celui-ci et la longue durée de la maladie doit faire soupçonner qu'elle a dû déjà devenir cirrhogène.

M. Ingelrans rappelle que les cas décrits par Hayem sous le nom d'ictère infectieux chronique splénomégalique ont été rangés ensuite dans le cadre de la maladie de Hanot. Il dit encore que la forme hypersplénomégalique a une durée souvent fort longue.

M. **Surmont** dit que certaines observations de Hayem sont considérées par Gilbert comme des cas d'ictère chronique splénomégalique ou non.

Ostéomyélite bi-polaire du tibia gauche. Séquestre total.

M. **Gaudier**. — Il s'agit d'un enfant de neuf ans, entré dans le service de clinique chirurgicale infantile avec des fistules multiples aux deux extrémités de la jambe gauche consécutives à une ostéite aiguë datant de trois mois.

Par une large incision, le tibia séquestré et décollé à son épiphyse supérieure, fut extrait en totalité. Suture du périoste épaissi et infiltré d'os, autour d'un gros drain formant tuteur pour la réédification osseuse, et retiré au bout de trois semaines. Une radiographie, prise au bout d'un mois, montre que le tibia se reforme en excellente direction. L'enfant est guéri d'ailleurs et n'a plus besoin que d'attendre, dans un appareil plâtré, l'heure où sa jambe, suffisamment solide, permettra la station et la marche.

M. **G. Gérard**, signale le peu d'utilité du péroné comme appareil de contention. La fracture du péroné n'empêche pas la marche.

M. **J. Colle** a observé une fistule persistante chez un malade atteint d'ostéomyélite, malade opéré, et à qui on avait enlevé tout le péroné, la malléole restant en place.

Hystérectomie abdominale pour infection par suite de rétention placentaire datant de deux mois dans un utérus fibromateux.

M. **Drucbert**. — L'observation est reproduite *in-extenso dans le présent numéro.*

Grossesse tubaire. — Laparotomie.

M. **J. Colle** présente, en son nom et au nom de M. Oui, une pièce macroscopique recueillie au cours d'une laparotomie pratiquée le 20 juin 1905, à l'hôpital Saint-Sauveur.

Il s'agit d'une grossesse tubaire du volume d'un œuf de poule avec fœtus et placenta en parfait état de conservation.

Les dangers de la ponction sus-pubienne de la vessie.

M. **Carlier** communique à la Société un important travail qui est *publié in-extenso dans le présent numéro.*

M. **G. Gérard**. — Croire avec Tillaux que toujours l'espace privé du péritoine est d'autant plus grand que la vessie est plus distendue c'est s'exposer à de graves erreurs ; en réalité, les variations individuelles sont nombreuses et j'ai vu plusieurs fois le cul-de-sac à moins de deux centimètres de la symphyse. L'indication clinique est donc de ponctionner en rasant le bord supérieur du pubis et en imprimant au trocart une direction franchement oblique en arrière et en bas.

M. **Carlier** avance également que, contrairement aux

indications classiques, le péritoine ne remonte pas toujours chez les vieux urinaires quand leur vessie se remplit.

M. **Gérard**. — Le bord supérieur de la symphyse étant à 5 centimètres au-dessus de la racine de la verge, il est indiqué de choisir ce point de repère, surtout quand le mont de Vénus est très capitonné.

M. **Drucbert** a lu dans un livre classique l'indication de retirer l'aiguille en maintenant le vide. Il demande si cette pratique est logique.

M. G. **Gérard** expose les dangers de cette méthode, au point de vue anatomique.

M. **Carlier** dit que le but de sa communication n'est pas de faire rejeter systématiquement la ponction sus-pubienne, mais d'en indiquer les dangers chez de vieux urinaires atteints de cystite.

M. **Surmont** pense que la perte d'élasticité des parois des vessies enflammées chroniqnement est une condition pathologique qui ajoute un inconvénient nouveau à l'opération.

M. **Gérard** confirme l'opinion de M. Surmont,

M. **Ingelrans** compare l'ensemencement du péritoine par l'aiguille, dans les cas de cystite, à celui du trajet pariétal par le trocart dans la pleurésie putride où la thoracenthèse est suivie de phlegmon gangréneux et gazeux.

M. **Thooris** demande l'opinion de M. Carlier sur le drainage vésical par le rectum.

M. **Carlier** fait toutes réserves au sujet de cette intervention.

Les arthrites au cours de la fièvre typhoïde. Etude clinique et expérimentale.

MM. **Breton** et **Vanstenberghe**. — Deux cas d'arthrite séreuse, observés dans le service de M. le Professeur Combemale, et dont l'une a permis de déceler la présence à l'état pur du bacille d'Eberth, ont suggéré aux auteurs l'idée de rechercher les cas analogues de la bibliographie médicale, et de reproduire expérimentalement les différentes modalités de l'arthrite typhique. Celle-ci se manifeste sous deux formes distinctes : l'une suppurée, reconnue spécifique depuis longtemps, aboutit à des désordres anatomiques étendus (ankylose, luxation spontanée, fistules, etc.) ; l'autre, séreuse, précoce ou très tardive, semble être une forme atténuée où un mode de guérison de l'affection. Pour celle-ci, la preuve bactériologique n'a été faite que dans deux cas ; cette arthrite évolue sous l'apparence d'un pseudo-rhumatisme infectieux, et est probablement plus fréquente qu'on ne le pense car ces signes passent inaperçus dans le cortège symptomatique habituel de l'affection.

Il semblait intéressant d'élucider le mode de formation de l'arthrite séreuse, les rapports de l'affection avec la qualité de l'agent producteur, les modes d'atténuation du bacille eu égard à son action pyogène, l'avenir de l'agent provocateur, l'évolution anatomique de cette complication. Dans ce but, les auteurs eurent recours à l'expérimentation sur l'animal et voici, résumées, les conclusions de leurs recherches :

1° Chez l'animal infecté par le bacille typhique virulent, l'arthrite suppurée s'obtient avec la plus grande facilité, soit par inoculation intra-synoviale, soit par injection intra-vasculaire et traumatisme consécutif de l'articulation. Ce traumatisme peut être léger (déplacement brusque de l'articulation). Une affection antérieure de la jointure amène toujours la localisation de l'infection sur la partie malade. Cette arthrite évolue lentement; la guérison ne s'obtient qu'au bout de quatre mois, époque où le bacille disparaît par phagocytose et où l'arthrite purulente devient séreuse.

2° L'arthrite séreuse est donc souvent un mode de guérison d'une arthrite purulente ; elle peut être obtenue directement par inoculation de bacilles atténués par la chaleur. L'épanchement ainsi provoqué est stérile, bien que sa formule cytolologique soit une polynucléose nette.

3° Ces deux modes d'arthrites sont bénignes chez l'animal. On n'observe jamais l'ankylose où la luxation spontanée, seule dans les cas de longue durée, la capsule s'épaissit et présente des modifications histologiques multiples.

4° Si l'on veut appliquer ces données à la clinique, on comprendra la cause de la stérilité habituelle de l'arthrite séreuse, manifestation atténuée de la localisation typhique. On sera porté à penser avec les auteurs que les douleurs rhumatoïdes si fréquentes chez les typhiques, dépendent d'une arthrite séreuse latente.

5° La facilité de reproduction de cette complication nous montre qu'il faut éviter avec le plus grand soin les heurts articulaires, les déplacements brusques des jointures chez les malades atteints de fièvre typhoïde.

M. **Gaudier** pense que le rôle du traumatisme est effectivement très important dans toutes les localisations infectieuses articulaires.

M. **Surmont** s'étonne que l'arthrite typhique ne soit pas plus fréquemment observée en clinique.

M. **Carlier** a vu des abcès musculaires, mais non des arthrites.

M. **Combemale** pense que la rareté relativedes arthrites typhiques est surtout due à ce qu'elles ne sont pas recherchées. Il y a sans doute autant de cas d'arthrites que d'abcès musculaires.

M. **Ravlart** a observé une arthrite purulente de l'articulation sterno claviculaire au décours d'une fièvre typhoïde.

M. **Breton** développe certains points du travail expérimental, qui sera publié in-extenso.

Épuration de l'eau par l'iode.

M. Malméjac. — Le travail *est publié dans le présent numéro.*

M. Carlier se renseigne sur le goût que possède l'eau après l'épuration par l'iode.

M. Malméjac n'y trouve aucun changement appréciable.

M. Surmont insiste sur la facilité d'épuration et sur les avantages du procédé.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Technique du traitement de la luxation congénitale de la hanche, par P. Calot. (Paris, *Masson,* éditeur, 1905).

Ecrire tout un livre sur la technique du traitement de la luxation congénitale de la hanche peut paraître au premier abord un peu exagéré, d'autant plus que l'auteur écarte systématiquement de son ouvrage, l'étude de l'anatomie pathologique, de l'étiologie et de la pathogénie de l'affection capables cependant de se prêter à de longs développements. C'est que le but visé par M. Calot est de faire une œuvre avant tout pratique qui permette à tout le monde de traiter avec succès les différents cas de luxation congénitale de la hanche. Il est certain en effet que tous les malades ne peuvent s'offrir le luxe d'être soignés par des spécialistes, il est donc désirable que tous les praticiens soient en état de les traiter et de les guérir. A ce point de vue le livre de M. Calot comble une lacune, car il prouve, en la mettant à la portée de tous qu'avec une bonne méthode, l'affection est parfaitement et complètement guérissable ; les malades présentés par l'auteur au Congrès de chirurgie de cette année en fourniront une preuve éclatante.

M. Calot s'attache en somme dans son livre à faire connaître sa technique actuelle et il la décrit avec une telle abondance de détails que rien ne reste dans l'ombre et que son travail est un travail vécu par les aperçus originaux et les conseils pratiques qui y fourmillent. C'est en outre un livre vivant en ce sens qu'il est remarquablement illustré de très nombreuses figures « parlantes » grâce auxquelles chaque étape du diagnostic et du traitement est représentée en action plutôt deux fois qu'une.

Aussi apprenons-nous facilement et rapidement à diagnostiquer la luxation de la hanche ; celle-ci reconnue nous voyons comment nous devons procéder pour la réduire par les méthodes non sanglantes, puis pour la maintenir réduite dans des appareils successifs qui maintiendront l'enfant pendant cinq mois *sans marcher* ; alors commencera le traitement consécutif par des exercices variés grâce auxquels on arrivera peu à peu à obtenir une marche impeccable. Un chapitre sur la reluxation, un mot sur une opération nouvelle dont l'avenir nous dira si nous devons la pratiquer dans les cas rebelles, quelques observations cliniques peut-être superflues terminent l'ouvrage.

Tel qu'il est, il constitue une mise au point originale pour un spécialiste consommé d'une thérapeutique longtemps hésitante et mal réglée qui semble enfin devoir désormais nous donner des résultats approchant de la perfection.

O. Lambret.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Sur le rapport de M. Liard, l'Académie des Sciences morales et politiques, dans sa dernière séance, a décerné le **prix François-Joseph Audiffred,** de la valeur de quinze mille francs et destiné à « **récompenser les plus grands** dévouements de quelque genre qu'ils soient », à M. le Dr Calmette, professeur à la Faculté de médecine de Lille, directeur de l'Institut Pasteur de cette ville.

Nous félicitons bien vivement notre cher collaborateur de la distinction qui vient le trouver au milieu de son labeur scientifique. Cette distinction si flatteuse de la part de sommités qui s'y connaissent en dévouement, si elle ne rend pas notre collègue plus fier pour cela, le consolera cependant des attaques injustes et des appréciations erronées dont son œuvre et lui-même sont l'objet et l'encouragera à poursuivre la réalisation de ses desseins. Qu'il reçoive nos plus sincères et affectueuses félicitations.

— Les Concours annuels pour le prix de l'Internat institués par l'**Association amicale des Internes et anciens Internes des hôpitaux de Lille,** ont eu lieu le mardi 25 juillet 1905 à l'hôpital de la Charité.

Le **prix de médecine** a été attribué à M. Caudron, le **prix de chirurgie** à M. Gugelot.

Le **jury de médecine** était composé de MM. Patoir, président, Julien et Breton, juges. Le mémoire remis par M. Caudron avait pour titre : *Etude du traitement de l'incontinence essentielle d'urine infantile.* La question écrite était : *Symptômes et diagnostic de la dilatation des bronches.* A l'épreuve clinique le candidat eut à examiner un malade atteint de *myélite syphilitique.*

Le **jury de chirurgie** était composé de MM. Quint, président, Gallois et Gérard, juges. M. Gugelot avait remis au jury un mémoire intitulé : *Les phlegmons chroniques de la cavité de Retzius.* La question écrite traitait de *l'hypertrophie de la prostate, signes, diagnostic et traitement.* L'épreuve clinique comportait l'examen d'un malade atteint de *mal de Pott avec paraplégie.*

Les membres des jurys ont constaté avec plaisir que l'ensemble des épreuves des concours avait été très satisfaisant et ils ont été heureux de proposer comme lauréats à l'Association des anciens Internes, leurs jeunes camarades MM. Caudron et Gugelot.

Année scolaire 1905-1906 (1e Semestre)

TABLEAU DES HEURES DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES

Répartis entre les différentes années d'Études

du 3 Novembre 1905 au 28 Février 1906

Première année de Médecine

LUNDI	Clinique méd. ou clin. chirurg. de 9 h. à 11 h. Conférences d'ostéologie. . . . à 2 heures. Travaux de dissection. . . . . de 2 h. à 4 h. Conférences d'anatomie. . . . de 4 h. à 5 h.

MARDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
MERCREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie. . . .	à 2 h.
	Travaux de dissection.	de 2 h. à 4 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 4 h. à 5 h.
JEUDI	Clin. méd. ou clin. chirurgie.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
VENDREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie. . . .	à 2 heures.
	Travaux de dissection	de 2 h. 4 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 4 h. à 5 h.
SAMEDI	Clin. méd. ou clin. chirurgie.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

Deuxième année de Médecine

LUNDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 4 h. à 5 h.
MARDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
MERCREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 4 h. à 5 h.
JEUDI	Clin. méd. ou clin. chirurgie.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
VENDREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection.	de 2 h. à 4 h.
	Conférence d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
SAMEDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

Troisième année de Médecine

LUNDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux prat. d'anat. pathol.	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'accouchements. . . .	de 4 h. à 5 h.
MARDI	Clin. méd. ou clin. chirurg. .	de 9 h. à 11 h.
	Cours de mal. du syst. nerv. .	de 2 h. à 3 h.
	Cours d'anatomie patholog. . .	de 4 à 5 h.
	Cours de thérapeutique. . . .	de 5 h. à 6 h.
MERCREDI	Clin. méd. ou clin. chirurgie.	de 9 h. à 11 h.
	Trav. prat. d'anat. pathol. . .	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'accouchements. . . .	de 4 h. à 5 h.
JEUDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Cours de mal. du syst. nerv. .	de 2 h. à 3 h.
	Cours d'anatomie pathologique	de 4 h. à 5 h.
	Cours de thérapeutique. . . .	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Trav. prat. de micrographie .	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'accouchements. . . .	de 4 h. à 5 h.
SAMEDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Cours de mal. du syst. nerv.	de 2 h. à 3 h.
	Cours de pathologie générale .	de 4 h. à 5 h.
	Cours de thérapeutique . . .	de 5 h. à 6 h.

Quatrième année de Médecine

LUNDI	Cours de laryngologie.	à 8 h. 1/2.
	Clinique chirurg. des enfants .	à 9 h. 1/2.
	Clinique médicale des enfants.	à 10 h. 1/2.
	Trav. prat. d'anat. pathol. . .	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'accouchements. . . .	de 4 h à 5 h.
	Cours de toxicologie	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Clin. des mal. cut. et syphil. .	à 10 heures.
	Cours de mal. du syst. nerv.	de 2 à 3 h.
	Cours d'anatomie patholog. .	de 4 h. à 5 h.
	Cours de thérapeutique. . . .	de 5 h à 6 h.
MERCREDI	Cours de laryngologie	à 8 h 1/2.
	Clinique chirurg. des enfants .	à 9 h. 1/2.
	Clinique médicale des enfants.	à 10 h. 1/2.
	Leçon prat. d'hyg. de la 1re enf.	à 11 h 1/4.
	Trav prat. d'anat pathol. . .	à 2 h. à 4 h.
	Cours d'accouchements	de 4 h. à 5 h.
	Cours de toxicologie	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Clin. des mal. cut. et syphil. .	à 10 heures.
	Cours mal. du syst. nerv . .	de 2 h. à 3 h.
	Cours d'anatomie patholog . .	de 4 h. à 5 h.
	Cours de thérapeutique . . .	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clin. chirurg. des enfants. . .	à 9 h. 1/2.
	Clin. médicale des enfants. . .	à 10 h. 1/2.
	Travaux prat. de chimie . . .	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'accouchements. . .	de 4 h. à 5 h.
	Cours de toxicologie	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Clin. des mal. cut. et syphil.	à 10 heures.
	Cours de mal. du syst. nerv.	de 2 h. à 3 h.
	Cours de pathologie générale	de 4 à 5 heures.
	Cours de thérapeutique. . . .	de 5 h. à 6 h.

Les élèves de 1re, 2e et 3e années de Doctorat sont, au début de chaque semestre, en ce qui concerne les cliniques, partagés en deux groupes, dont l'un est attaché à la clinique médicale et l'autre à la clinique chirurgicale.

Première année de Pharmacie

LUNDI	Cours de zool. méd. et pharm.	de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2.
	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. de chimie minér. .	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4
MERCREDI	Cours de zool. méd. et pharm.	de 9 h 1/2 à 10 h. 1/2.
	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. de chimie minér.	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
VENDREDI	Cours de zool. méd. et pharm.	de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2.
	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.

Deuxième année de Pharmacie

LUNDI	Cours de zool. méd. et phar.	de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2.
	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
MERCREDI	Cours de zool. méd. et phar.	de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2.
	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
VENDREDI	Cours de zool. méd. et phar.	de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2.
	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.

Troisième année de Pharmacie

LUNDI	Cours de zool. méd. et phar.	de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2.
	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. d'hist. naturelle .	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale. . .	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Trav. prat. de physique . . .	de 2 h. à 4 h.
MERCREDI	Cours de zool. méd. et phar.	de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2.
	Conférences de physique . . .	de 10 h 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. de pharmacie. . .	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Travaux pratiques de physique	de 2 h. à 4 h.
VENDREDI	Cours de zool. méd. et phar.	de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2.
	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Travaux pratiques de chimie .	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale. . .	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Trav. prat. d'hist. naturelle.	de 8 h. à 11 h.
	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Travaux prat. de pharmacie.	de 2 h. à 5 h.

Notre Carnet

Le samedi 21 octobre, ont eu lieu, à Lille, les cérémonies du mariage du Dr René LE FORT, professeur agrégé à la Faculté de médecine, avec mademoiselle Suzanne DELEFORTRIE. Nombreux étaient ses collègues de la Faculté, ses camarades d'étude, ses amis qui lui faisaient cortège, *L'Echo Médical du Nord* se joint à eux tous pour adresser à l'un de ses collaborateurs les plus estimés l'expression de ses meilleurs vœux de bonheur.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Ecole préparatoire de Limoges. — Un Concours s'ouvrira le 1er mai 1906, devant la Faculté de Bordeaux, pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Jean BAYOL, sénateur des Bouches-du-Rhône ; DE CRÉSANTIGNES, de Paris ; COCHEZ, professeur de clinique médicale à l'école de médecine d'Alger (Alger) ; LECLERC, de Rouillac (Charente-Inférieure).

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

43e SEMAINE DU 22 AU 28 OCTOBRE 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	7
3 mois à un an	4	3
1 an à 2 ans	1	»
2 à 5 ans	1	»
5 à 20 ans	4	1
20 à 60 ans	15	9
60 ans et au-dessus	12	14
Total	41	34

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS — Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Érysipèle	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tuberculose pulmonaire	1	2	»	3	»	1	1	2	1	»	»	11
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Grippe	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Bronchite et pneumonie	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	2
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Cancer	1	»	1	1	»	2	1	»	»	»	»	6
Apoplexie cérébrale	1	1	»	1	»	3	»	»	»	»	»	6
Bronchite	2	1	1	1	1	2	1	»	»	»	»	9
Maladies organiques du cœur	»	»	1	»	»	1	1	»	»	1	1	5
Diarrhée et entérite — moins de 2 ans	1	3	»	3	»	»	»	»	2	»	»	9
Diarrhée et entérite — de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite — plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	1	4	2	4	»	3	1	»	2	3	»	20
TOTAL des DÉCÈS	7	13	6	13	1	14	6	2	5	4	1	72
NAISSANCES par Quartier	2	9	7	18	8	10	3	2	13	2	5	79

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc

Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 461. Neuvième Année N° 46 Le Numéro : 10 centimes 12 Novembre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Abcès de la chambre antérieure de l'œil

Par le Docteur **L. Dubar**, d'Armentières
Ancien interne des Quinze-Vingts.

Peu d'affections ont une aussi riche synonymie : kératite à hypopyon, kératite infectieuse, ulcère des moissonneurs, ulcère infectieux, rongeant, serpigineux. C'est une inflammation de la cornée très souvent localisée dans une petite surface et qui se complique, au bout de peu de jours, de douleurs avec dépôt de pus dans la chambre antérieure de l'œil. Ce pus, par l'effet de la pesanteur, descend à la partie inférieure.

ÉTIOLOGIE. — Les ulcères infectieux sont dus au séjour sur la face interne des paupières de corps étrangers infectés qui sont, le plus souvent, des brins de paille projetés pendant le travail de la moisson, d'où le nom d'ulcère des moissonneurs.

Ces corps sont peu adhérents et, souvent, il suffit d'un léger frottement avec un tampon d'ouate pour les détacher, quand ils ne sont pas tombés seuls, par suite du mouvement des paupières.

Cette affection est très rare avec les corps étrangers industriels, fer ou bois, et quand elle se présente, c'est, le plus souvent, sous l'effet du bois. Les pailles de fer les plus difficiles à extraire, étant aseptisées par leur passage au feu, ne sont que très rarement la cause de pareils accidents.

SYMPTÔMES. — Au début le malade se plaint de troubles de la vue avec larmoiement, douleurs atroces. Dans les cas avancés, l'œil est un peu rouge.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du début est assez délicat et nécessite une recherche méthodique, mais tout médecin peut le faire, à la condition de savoir pratiquer l'éclairage oblique, qui demande pour toute instrumentation une loupe de quelques sous.

Cette loupe n'a d'autre utilité que de renforcer l'éclairage du point où se fait l'examen. Celui-ci se pratique dans une salle sombre ; point n'est besoin d'une chambre noire.

Le malade est assis auprès d'une lampe, face à l'observateur ; celui-ci, d'une main, écarte doucement les paupières et, de l'autre, tient la loupe dont

il dirige les rayons convergents sur la cornée qui est ainsi éclairée avec intensité. On promène le faisceau lumineux sur toutes ses parties et voici ce que l'on observe.

La cornée peut être transparente ou infiltrée. Le plus souvent, l'infiltration est localisée en un point ; la couche superficielle est détachée ; il y a une ulcération plus ou moins étendue, plus ou moins régulière, mais l'état de la cornée n'est pas ce qui importe le plus. L'iris est ternie, la pupille rétrécie et si l'œil malade est, depuis un certain temps, au repos, il se forme à la partie la plus déclive de la chambre antérieure un amas de cellules de pus formant comme un onglet dont le bord supérieur peut être rectiligne ou courbe, mais qu'on ne saurait confondre avec le cercle sénile ; l'onglet est plus jaune, plus terne, et, s'il n'est que peu marqué il peut momentanément disparaître après quelques mouvements des yeux.

Dans les cas graves, l'hypopyon se reconnaît à la seule inspection, et peut s'accompagner de douleurs violentes.

Pronostic. — Pour voir l'hypopyon, il faut maintenir l'œil immobile un certain temps avant de l'examiner. C'est parce qu'il est difficile d'obtenir cette immobilité chez l'enfant qu'on observe si rarement cette affection dans le jeune âge ; sa gravité est du reste bien moindre que chez l'adulte. Ici, le pronostic est toujours grave ; livrée à elle-même, l'affection se termine le plus souvent par la fonte de l'œil et dans les cas heureux par une iritis plastique. Bien traitée, les douleurs atroces éprouvées par certains malades sont rapidement calmées ; il peut même se faire que l'œil recouvre complètement la vision.

Traitement. — Les sangsues à la tempe, les instillations d'ésérine ou d'antiseptique ne sont que des palliatifs. Ce qui ne saurait être contesté, dit de Wecker, c'est que le traitement chirurgical joue dans les moyens destinés à combattre cette grave affection le rôle prépondérant, et il ajoute :

« Si le médecin n'est pas exercé à la pratique de ces opérations, et qu'il ne puisse réclamer le concours d'un confrère expérimenté, il devra s'efforcer de combattre l'infection progressive du tissu cornéen. »

Il y a mieux à faire, car tout médecin adroit peut exécuter une kératotomie qui suffira dans la grande majorité des cas à arrêter les progrès du mal.

Cependant comme de nombreux médecins peuvent n'avoir jamais vu pratiquer cette opération ou, s'ils l'ont vue, n'en avoir gardé qu'un souvenir confus, nous allons illustrer la description du mode opératoire de figures schématiques mais suffisamment exactes pour permettre de répéter l'opération.

Préparation. — On ne doit employer dans les opérations oculaires d'urgence aucun antiseptique, l'eau bouillie suffira, avec 100 grammes d'alcool à 95°, pour tremper les instruments.

Pansements. — De la gaze simple aseptique ; de la ouate hydrophile par petits paquets de 50 grammes dont on fait bouillir quelques tampons ; une bande en tangeps, en crêpe de 0.05 centimètres sur 5 mètres ou mieux un pansement de Coroenne en étoffe blanche ou noire.

Voici en millimètres les mesures du pansement de Coroenne. Il suffira de le copier exactement pour la plupart des cas.

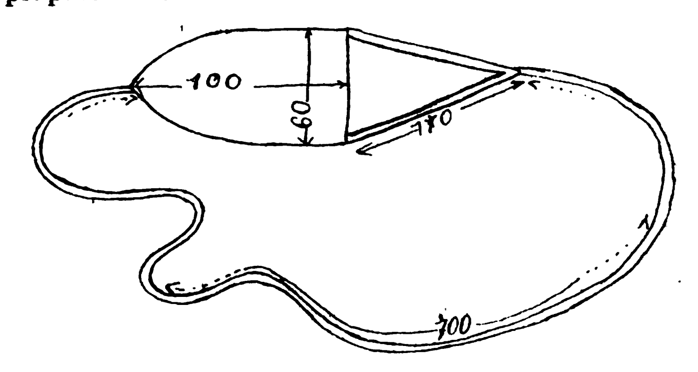


Fig. 1. — Pansement de Coroenne

On fera préparer les solutions suivantes :

1°	Cocaïne pure	0.20 centigrammes
	Huile d'olive	10 grammes
ou encore		
	Chlorhydrate de cocaïne	0.20 centigrammes
	Eau distillée	20 grammes
2°	Solution d'adrenaline à 4 ‰ (quatre pour mille)	10 grammes
3°	Sulfate neutre ésérine	0.10 centigrammes
	Eau distillée	10 grammes

Aides. — Les aides ne sont utiles que pour maintenir le malade. Il est bon que pour l'opération elle-même, le médecin apprenne à s'en passer.

Instruments. — Les instruments qui auront servi à cette opération devront être mis à part et ne plus servir qu'à des affections purulentes.

Il faut un écarteur des paupières ; l'écarteur interne donne seul assez de jeu.

Une brucelle (1) fixatrice à dents multiples et un couteau de Graefe.

Avec une grande habileté on peut se contenter de cet unique instrument.

La pique coudée est excellente aussi mais il faut être habitué à la manier.

Ces instruments peuvent être bouillis, mais il est préférable, pour épargner le tranchant, de les tremper dans l'alcool à 95°

On peut les disposer sur une assiette plate.

Chambre du malade. — Il faut disposer le lit de façon à être bien éclairé ; pas de rideau ni de stores ; à portée de la main, un seau pour jeter les choses sales ;

2 bols ;

1 assiette plate ;

Un nécessaire pour se laver les mains ; 6 essuie-mains pour le malade ; on entoure le cou du malade d'un de ces essuie-mains.

Malade. — On nettoie convenablement l'œil du malade en lavant à l'eau bouillie les sourcils, les cils et en faisant couler de l'eau sur le globe de l'œil ; on nettoie avec un soin particulier l'angle interne de l'œil. On instille la cocaïne et l'adrenaline ; puis on attend cinq minutes avant de commencer.

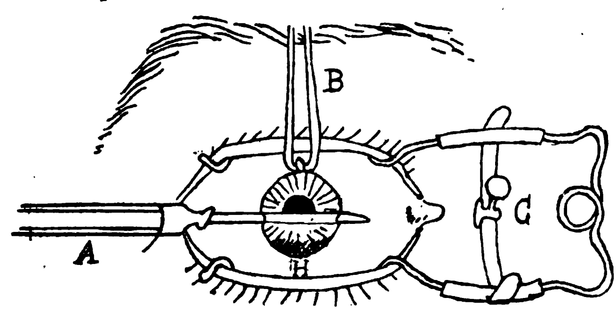


Fig. 2. — Œil droit

A. Couteau de Graefe ayant effectué la ponction et la contre-ponction. — B. Mors de la Brucelle formant un bourrelet de la conjonctive. — C. Ecarteur interne. — H. Hypopyon.

Opération. — Si c'est l'œil droit qu'il opère, le médecin se place derrière la tête du malade ; si c'est l'œil gauche, il se met sur le côté gauche et en avant du malade. Après s'être soigneusement séché les mains en les épongeant avec un linge propre, on place l'écarteur en le glissant sous la paupière supérieure, puis sous l'inférieure. Il vaut mieux ne pas serrer la vis de l'écarteur. On saisit l'œil par le haut, à l'aide de la brucelle fixatrice. Il ne faut pas prendre la conjonctive « où l'on peut », car, même en la prenant bien, elle court encore nombreux risques de se déchirer, il faut la saisir comme l'indique la figure 2, tout près de la cornée et parallèlement à son bord de façon à en avoir un bourrelet dans les mors de la brucelle et puis avec le couteau de Graefe, le tranchant dirigé en bas, on attaque la cornée de dehors en dedans au niveau de son tiers inférieur. On ponctionne et on pénètre dans la chambre antérieure (1) en avant de l'iris ; on contre ponctionne ; on sectionne par petits coups de scie et, arrivé sur le limbe, on tourne le tranchant en avant et l'on sort sans laisser de pont conjonctival.

L'opération est finie ; le pus s'échappe ; s'il ne sort pas, il est inutile de s'en inquiéter.

On lâche la pince, on retire l'écarteur en commençant par la branche du bas ; on panse après avoir laissé couler dans l'œil une goutte de la solution d'ésérine. On peut mettre un peu de poudre d'iodoforme ou d'aristol ; un rond de gaze, de la ouate ; le pansement de Coroenne ou un tour de bande.



Fig. 3. - Pansement de Coroenne mis en place.

Pendant 5 jours, il est bon de renouveler le pansement trois fois par jour.

Lorsque le pus ne se reforme plus, employer de l'atropine : Collyre.

Sulfate neutre atropine........	0.10 centigrammes
Eau distillée........	10 grammes

Flacon compte-goutte.

En dilatant la pupille, cette instillation permettra

(1) J'emploie à dessein le mot de brucelle qui est de tradition dans toutes les professions où l'on se sert de cette pince. Dans les catalogues de dentiste on dit presselles pour les distinguer des pinces à entrecroisement. La confusion entre les deux sortes d'instruments est insupportable surtout lorsqu'il s'agit d'initier un personnel nouveau.

(1) J'insiste sur ce détail, parce que, dans un ouvrage très répandu, une figure reproduit cette opération, le couteau derrière l'iris. Ce n'est pas là faire une kératotomie mais crever un œil.

de voir si aucune synéchie, adhérence de l'iris au cristallin, ne s'est produite.

Je n'ai rien à dire de particulier sur la ponction à l'aide de la pique courbe, sinon que l'usage de cet instrument exige une longue habitude. Quant au procédé qui consiste à se passer d'écarteur et de pince fixatrice (1), il demande plus d'habitude encore ; mais il peut être très utile dans le cas où l'on n'aurait à sa disposition qu'un couteau de Graefe ou un fin bistouri. Le pouce et l'index de la main gauche appliqués sur les paupières soigneusement essuyées serviront d'écarteur et empêcheront les mouvements de l'œil que le couteau fixera en même temps qu'il fera la ponction.

L'opération étant faite comme nous l'avons indiqué, l'œil conservera toujours sa forme et la vision reviendra le plus souvent, tandis que la fonte de l'œil est le résultat le plus fréquent, en cas de non intervention.

Comme les exercices opératoires sur les yeux sont rares ou peu courants pendant le cours des études médicales, je crois devoir indiquer un moyen simple de répéter l'opération et de préparer suffisamment le praticien à ses difficultés.

Il faut se procurer des yeux de cochon qu'on énucléera soi-même, pour avoir une plus longue portion du nerf optique, et dont on conservera, autant que possible, la conjonctive bulbaire.

On fixera ces yeux dans un ophtalmo fantôme taillé dans un simple morceau de bois qu'on aura percé d'un trou de la forme de l'œil. On fixe le nerf optique par une épingle. On cloue trois planchettes hautes de 0,02 centimètres pour figurer l'arcade sourcilière, le nez et le méplat de la joue ; puis l'on pratique l'opération comme elle est indiquée ci-dessus.

Il sera utile de la répéter bon nombre de fois, afin d'apprendre à opérer non seulement avec sûreté mais aussi avec rapidité.

(1) C'est par ce procédé que le Docteur TROUSSEAU des Quinze-Vingts opère la cataracte.

Consultations Médico-Chirurgicales

Neurasthénie

Professeur agrégé INGELRANS.

INFORMATIONS CLINIQUES. — I. Un homme dans la force de l'âge, intellectuel de profession, sans hérédité notoire, de caractère égal d'ordinaire, dépasse depuis quelques années les bornes de l'activité mentale : il lit, écrit, pense surtout sans arrêt. Un beau jour, son attention diminue, le travail devient plus pénible et des maux de tête le suivent à chaque reprise ; des idées noires s'installent, avec de l'anorexie et un certain amaigrissement. La fatigue est plus grande au réveil qu'à n'importe quel moment de la journée ; le sommeil est nul ou traversé de rêves sombres et pénibles. C'est une *crise de neurasthénie par surmenage*, épisode transitoire, et curable par la suppression de la cause qui l'a produit.

II. Une jeune fille, de père goutteux, de mère migraineuse, choréique elle-même vers treize ans, devient triste et mélancolique à dix-huit ans, a des vertiges, ne digère plus, se plaint d'une douleur persistante au sacrum, arrive à ne plus sortir et à restreindre son alimentation au minimum, trouve sans cesse des sujets de plaintes, prend un caractère inabordable, ne passe pas un jour sans pleurer. On essaie de tout : rien n'y fait. La situation s'aggrave, des vomissements se reproduisent après chaque repas, la maigreur devient extrême : c'est la *neurasthénie constitutionnelle*, évoluant sur un terrain préparé par l'hérédité, grave entre toutes, voisine des psychoses, rebelle à la plupart des traitements chez plus d'un sujet, lourde souvent de conséquences et féconde en rechutes.

III. Un homme de cinquante ans, bon vivant jusqu'alors, paraissant capable de tout supporter, voit ses forces diminuer, vieillit brusquement en six mois, prend l'existence en dégoût, abandonne ses affaires et vient enfin avouer à son médecin qu'il souffre d'une affection contre laquelle il a tout fait, affection qui, à son sens, va le mener à une cachexie prochaine : c'est la spermatorrhée. Ce malade perd la nuit, et même le jour, en allant à la selle, un liquide clair, d'ordinaire prostatique, quelquefois par hasard spermatique. Son esprit est tout entier tendu à l'étude de ce mal qu'il croit terrible et dû à des excès anciens : c'est le *neurasthénique génital*.

IV. Une autre femme est bien neurasthénique de par ses céphalées, sa rachialgie, ses battements de cœur, sa dépression cérébrale ; mais tout ce cortège est arrivé chez elle à la suite d'une affection utéro-ovarienne, métrite le plus souvent. C'est la *neurasthénie génitale féminine* : la malade ne parle que de sa matrice, c'est « le clou auquel elle accroche sa neurasthénie ».

V. Un homme politique, un banquier, un commerçant ne suffit plus un jour à porter les soucis de tout ordre que sa profession lui amène : il sent sa diminution morale et intellectuelle, croit que la folie le guette, car une émotivité excessive s'est emparée de lui et, de plus,

l'ardeur au travail et la mémoire s'en vont. Il affirme qu'il ne travaille pas trop : il oublie que des tracas et des inquiétudes de derrière la tête ne l'ont pas laissé souffler depuis des années et que c'est là une charge trop lourde pour le système nerveux le mieux trempé. Ni douleurs, ni anorexie, ni insomnie, ni grande faiblesse ; mais des sautes d'humeur, de l'irritabilité, des phobies avec angoisse, de la tachycardie, et surtout des idées de folie et de suicide : telle est la *cérébrasthénie avec phobies*, si éloignée de la paralysie générale par son pronostic, si proche d'elle par ses signes. Forme sérieuse, difficile à maîtriser, exigeant une thérapeutique majeure et un doigté difficile à acquérir, c'est la neurasthénie des hautes classes, tenant tout entière au genre de vie de son porteur, à rechutes faciles par conséquent dès que celui-ci reprend ses habitudes d'existence.

VI. Enfin, faisons une place à la neurasthénie de la période secondaire de la syphilis, à celle des blennorrhagiques, à celle des cholémiques ; notons la neurasthénie des ouvriers vivant au milieu des bruits de la forge et des usines, fatiguant à l'extrême leur ouïe en même temps que leurs muscles, citons la neurasthénie traumatique, ancien railway brain, aussi terrible souvent et peut-être à symptômes plus profondément ancrés que la neurasthénie constitutionnelle : avec ces derniers exemples, tout n'aura pas été dit, car toute neurasthénie a son étiologie et sa manière d'être à part, mais les principales formes cliniques de la *maladie de* BEARD auront été exposées.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — La neurasthénie est une névrose que la qualification de faiblesse irritable définit assez bien. Les cas graves en sont dominés d'habitude par l'hérédité neuro arthritique. Les ascendants sont des migraineux, des hypochondriaques, des émotifs. On n'aura guère à tenter quoi que ce soit là contre, au moins d'une manière directe. Mais indirectement l'éducation bien dirigée pourra mitiger tel atavisme qui, dès l'abord, paraissait singulièrement chargé et inéluctable.

Chez les sujets non prédisposés, c'est l'excès de travail cérébral qui, fréquemment, crée des états neurasthéniques ; mais surtout ce sont les émotions dépressives et les tracas de la lutte pour la vie, plus que la fatigue régulière même intense et démesurée. Est-il besoin d'écrire que les revers de toute espèce, les déceptions, les désappointements, légers pour les autres, lourds à porter pour le malade, forment la source où viennent s'alimenter plus de la moitié des états nerveux en question ? Les maladies infectieuses, les intoxications, le surmenage physique de tout ordre, les grands traumatismes avec émotion intense, etc., doivent être classés à la suite parmi les causes occasionnelles. Ajoutez-y encore des maladies viscérales, souvent médiocres de gravité en elles-mêmes, mais qui acquièrent des proportions considérables dans l'esprit des malades par tout ce que ceux-ci y adjoignent de funeste et de désespéré (métrites, prostatorrhée, névralgies à répétition, etc.)

Un traitement efficace devra donc toujours être basé sur le repos physique, intellectuel et moral et comprendre également la psychothérapie. Ces deux termes résument tout : effectivement, d'une part, pour réparer la fatigue cérébro-spinale, le système nerveux devra suspendre toute son activité et, d'autre part, comme les patients ressentent plus vivement que d'autres, de par leur irritabilité, les excitations venant du dehors ou les sensations directement nées dans leur cerveau où tout s'exagère faute de réaction, la suggestion faite par autrui devra s'employer à ramener au juste point les amplifications que le neurasthénique édifie à son insu et qu'il est impuissant à restreindre.

TRAITEMENT. — **Repos et apaisement moral, voilà les deux parties maîtresses du traitement des neurasthéniques.** Le reste n'est que surcroît : on l'étudiera néanmoins.

D'abord, la cure de WEIR MITCHELL, c'est-à-dire le repos dans et par l'isolement, s'applique à toutes les neurasthénies, et doit s'attaquer à toutes celles qui ont quelque allure de gravité ou d'invétération ; puis la rééducation morale et physique, que DEJERINE avec DUBOIS (de Berne), considèrent comme la pierre angulaire de toute thérapeutique sérieuse dirigée contre l'asthénie nerveuse, sera mise en œuvre. Les traitements adjuvants qui s'adressent à des symptômes spéciaux ont aussi leur intérêt et leur but, mais la psychothérapie avec l'inaction commandée de toutes les fonctions de relation représente, ne craignons pas de le répéter encore, ce que la pathogénie nous montre que le médecin doit employer s'il a le désir de réussir. Le traitement est difficile, délicat, souvent long et malaisément accepté : il n'y a pourtant pas à choisir, il faut le prendre tel qu'il est. Des neurasthénies de petite envergure, peut-être même des neurasthénies de fantaisie (car nous pensons qu'il en est) peuvent guérir à l'aide de quelques pilules ou mieux de distractions désirées, mais la maladie confirmée, sérieuse, et surtout dans son allure grave et fortement dessinée, celle-là veut pour disparaître une thérapeutique stricte dont la rigueur ne comporte point d'amendements.

A. THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE : CURE DE WEIR-MITCHELL ET RÉÉDUCATION MORALE. — « La solitude offre des avantages incontestables pour le convalescent. Plus on s'écoute et plus on se rend malade.

Pour oublier ses maux, le patient... doit congédier ceux qui viennent chaque jour s'informer de sa santé et ne servent qu'à l'effrayer, à fixer son attention sur des objets qu'il devrait oublier. Il faut aussi qu'il défende à ses amis de le flatter dans ses faiblesses, qu'il les prie de ne pas croire tout ce qu'il leur dit, car, si toutes ses sensations sont vraies, son imagination y ajoute bien des fantômes et des chimères... Vos nerfs sont-ils attaqués, n'avez-vous plus la force de penser, de lire, ... dans ce cas il faut apprendre à végéter. Il reste des ressources dans la solitude après les pertes les plus difficiles à réparer. (Zimmermann) ». Tel est le fondement psychologique sur lequel repose le traitement de la neurasthénie par l'isolement. Mais on conçoit aussi combien cet isolement sera plus efficace, si, en supprimant grâce à lui toute action déprimante exercée par un entourage toujours enclin à gouverner un malade et à le plaindre, on y adjoint l'influence suggestive d'une autre personne qui se chargera d'aider le sujet à se débarrasser des idées fixes qui le tourmentent et de redresser les écarts d'une sensibilité déréglée. L'isolement, de la sorte, passe au second plan, tout en restant indispensable, mais il n'est plus que le moyen, que l'adjuvant de la psychothérapie. C'est l'alliance de deux procédés connexes, l'un renforçant l'autre, tous deux également nécessaires, tous deux procédant de concert.

Isolement. — Le malade qui s'éloigne de sa famille et de son milieu pour s'isoler, dans une maison de santé, par exemple, a déjà fait un pas vers la guérison. En se remettant entre les mains d'un médecin, il a confiance et croyance en ce qui lui sera dit. Il accepte de se conformer à ses prescriptions, de le prendre pour seul conseiller : au lieu des cent personnes qui lui indiquaient cent remèdes divers qui échouaient successivement, l'intelligence débarrassée des préoccupations parasites, fausses et exagérées qui ont grandi à plaisir dans cet esprit asthénique, le malade se met en condition pour guérir.

L'isolement ne peut se faire au domicile des malades. Il doit avoir lieu dans une maison de santé. Naturellement, on pourra accorder au sujet quelque délai pour les affaires urgentes : mais le plus tôt est le mieux. « A ceux qui sont surmenés, déprimés, l'isolement enlèvera pour le moins les préoccupations immédiates provoquées par les événements de chaque jour ; à ceux qui sont excités, énervés, il apportera le calme en supprimant les causes d'excitation » (Camus).

Isolement ne veut pas dire claustration absolue, mais éloignement des parents et des personnes de l'entourage ordinaire. Dans la chambre de la maison de santé, le neurasthénique recevra, en dehors de la visite du médecin, celle du surveillant ou de la garde chargé de s'occuper de lui.

Repos. — La première chose à faire à l'arrivée sera d'assurer le repos au malade. On aura choisi un local tranquille, assez vaste, ensoleillé, bref réunissant les conditions d'hygiène désirables. Dans les formes graves, on exigera le **séjour au lit** pendant un temps variable : Weir Mitchell fixe à cet alitement une durée de deux mois, lorsqu'il s'agit de malades extrêmement amaigris, ayant perdu parfois la moitié de leur poids, tachycardiques, dyspnéiques au moindre effort. A ceux-là, il faut, même au lit, aide et assistance pour s'asseoir, pour manger : tout chez eux est une fatigue ; le repos leur est strictement ordonné et la surveillance doit être étroite. Chez d'autres, la chaise longue suffira, mais la règle, à cet égard, est d'exiger plus que moins, si on veut que le traitement aille jusqu'au bout sans encombre.

Il n'est question pour les malades **ni de lire, ni d'écrire** ; ils n'ont que trop de tendance à surmener leur cerveau en ruminant des pensées toujours les mêmes qui, au début de la crise, empêchent encore le sommeil et sont parfois très persistantes et d'une ténacité épuisante pour les sujets en question.

Les neurasthéniques en traitement ne sont autorisés à **recevoir ni lettres, ni visites** jusqu'à amélioration évidente. On doit les prévenir de cette défense formelle avant le début de la cure et même demander leur adhésion écrite ou celle des parents à cette clause pour qu'on ne soit pas accusé de séquestration par des sujets déséquilibrés.

Il y a lieu d'attacher une **garde-malade** au service du ou de la malade : le choix de cette garde est important, car elle doit comprendre ce qu'on attend d'elle, elle doit faire respecter les volontés du médecin se faire agréer du malade, empêcher toute infraction au programme adopté, bref, c'est une très utile auxiliaire du traitement et qui peut beaucoup pour sa réussite.

Après quelques jours, si ce n'est pas un cas de neurasthénie très profonde et grave, on permettra la lecture de certains livres pendant une période relativement courte : pour les femmes, les travaux d'aiguille pourront aussi être tolérés d'abord, ultérieurement conseillés.

Alimentation. — Si le patient est amaigri, et c'est très fréquent, on devra établir une **ration d'engraissement.**

Le régime lacté est très recommandable à tous égards, car on peut se rendre compte assez exactement de ce qu'ingèrent les malades et de plus on peut en augmenter la quantité suffisamment pour qu'un sujet au repos complet y trouve le régime d'engraissement que l'on désire. **Trois litres de lait par vingt-quatre heures constituent une ration d'entretien suffisante** pour une femme, quatre litres pour un homme. La quantité totale de lait à absorber sera répartie en une série de repas

pris de deux en deux heures, soit huit prises de lait avec un repos de huit heures la nuit. Les premiers jours, on se bornera à deux litres en tout pour augmenter progressivement. Chaque repas durera une dizaine de minutes, parce qu'il sera pris à petites gorgées. Le lait devra, autant que possible, être ingéré assez chaud.

Souvent, après huit jours de traitement, on pourra ajouter au régime cent, puis deux cents grammes de viande crue, deux œufs et de la purée de légumes. Tout cela est affaire d'espèce : l'important est de donner une alimentation légère et suffisante pour qu'un malade amaigri en vienne à augmenter progressivement de poids.

On peut user d'autres régimes chez des malades qui ne pourraient absolument s'accommoder de la diète lactée ; mais en réalité leur nombre est très restreint. — Cependant, il importe que le médecin n'exige pas le lait coûte que coûte dans tous les cas. Il ne doit pas ignorer que mieux vaut un régime mitigé qui atteint le but cherché qu'un régime strict qui n'est pas supporté et, pour certains estomacs, va à l'encontre du résultat souhaité. Le mieux peut être l'ennemi du bien. Nous n'indiquons aucun régime détaillé ; dans la pratique, il nous semble plus simple de ne pas s'astreindre à des prescriptions diététiques variables suivant les appétits. On tentera toujours de mettre en usage le régime lacté préindiqué, beaucoup meilleur à notre sens à tous égards. Si c'est impossible, on n'insistera point.

Psychothérapie. — Dès le premier examen du sujet isolé, le médecin s'assurera qu'il n'a pas de maladie autre que la neurasthénie : il s'efforcera de faire comprendre qu'il est certain de son diagnostic et que le malade peut se tranquilliser. Il devra ensuite lui **affirmer que la guérison est certaine,** ce qui est vrai dans presque tous les cas, s'il consent à suivre scrupuleusement les prescriptions de repos, d'isolement et d'alimentation qui lui seront données.

Ceci fait, il faut bien **se garder d'attirer l'attention du patient sur tel ou tel symptôme** qui paraît prédominant. On doit l'écouter dans la plupart des détails qu'il fournira et ne pas lui montrer que telle ou telle partie de son récit est étonnante ou difficilement explicable. On laissera de côté dès l'abord tous les médicaments. A partir de cette première visite on ira voir le malade chaque jour pour avoir avec lui ce que Camus et Pagniez appellent des **entretiens psychothérapiques**.

Rechercher la cause de la neurasthénie sera la chose capitale, par la suite. Des aveux immédiats seront malaisés à obtenir s'il s'agit d'alcoolisme, de chagrins secrets, de soucis intimes jusqu'alors cachés. Il faut laisser faire le temps, ne pas insister : un moment viendra où le malade, n'ayant que le médecin pour unique confident, finira par des aveux complets. Mais la confiance n'arrive pas en un jour : les malades sont honteux de leurs phobies, par exemple, qu'ils croient toujours sans exemple et qui blessent leur amour-propre ; des difficultés, souvent graves, survenues dès longtemps dans leur ménage ou dans leurs affaires sont pénibles à révéler. Il faut tout savoir pourtant, afin d'agir efficacement sur les idées noires et la dépression que ces situations entraînent. **L'isolement est d'une rare puissance pour aboutir à ces aveux indispensables.**

Chaque jour, un médecin perspicace saura gagner du terrain et combattra l'asthénie mentale du malade par la persuasion, c'est-à-dire en faisant appel uniquement à la raison pour la fortifier et lui faire toucher l'inanité des craintes physiques ou morales qui l'obsèdent. Il s'agira souvent de rétorquer des idées médicales absurdes, puisées dans la lecture d'ouvrages plus ou moins scientifiques que les neurasthéniques affectionnent et où ils croient se retrouver à chaque pas.

Ces sujets souffrent réellement : il importe de leur **laisser entrevoir qu'on se rend bien compte qu'ils sont réellement malades** sans insister sur ce point. Tout ce qui suivra dans le reste de la thérapeutique consistera à éloigner les causes psychiques des douleurs, des troubles fonctionnels, etc., en mobilisant les idées causales et en gagnant peu à peu dans cette direction de jour en jour. L'apaisement des symptômes se fait lentement, mais sûrement : dès qu'ils s'amendent légèrement, la confiance du patient est gagnée et souvent la partie avec elle.

Cette réalisation de la guérison par de tels procédés peut surprendre ; les faits sont là, indéniables et multipliés, pour la démontrer. L'expérience est faite et mille fois faite : les neurasthéniques arrivent, par les moyens que nous indiquons, à augmenter de poids, à dormir, à digérer, à moins souffrir : la rééducation, on le voit, s'applique à la raison, mais surtout à la sensibilité et à la volonté. L'aboulie, par exemple, habituelle dans la neurasthénie, qui rend les patients indifférents, fait qu'ils ne pensent plus qu'à leur état et cessent de vivre de la vie commune ; la psychothérapie sera toute puissante à la faire disparaître.

La durée du traitement est des plus variables, les neurasthéniques qui ont maigri peuvent à peu près être tenus pour guéris lorsqu'ils ont repris leur poids, cela peut demander des semaines et des mois, mais on arrive enfin au but.

On réhabituera petit à petit les malades à la vie ordinaire et si les causes du mal ne reparaissent plus dans l'existence qu'ils vont reprendre, on peut souvent regarder la guérison comme définitive. **Mais si les mêmes soucis, les mêmes déboires, le même surmenage doivent**

les retrouver à la sortie, les rechutes sont toutes prêtes et, en réalité, si l'asthénie nerveuse dépend d'une cause étrangère au malade ou littéralement impossible à éviter, ce n'est plus alors une affaire de médecine ou de thérapeutique. On ne peut vouloir que le médecin supprime, en effet, des conditions sociales que les circonstances imposent derechef à celui qui vient d'en être une première fois victime.

Toute cette mise en œuvre de la cure de Weir Mitchell, renforcée par la psychothérapie, exige un **médecin instruit, ferme, sachant ce qu'il veut, agissant avec douceur** et tenant à aller jusqu'au bout.

B. TRAITEMENT DES GRANDS SYMPTOMES DE LA NEURASTHÉNIE. — Les stigmates de la neurasthénie contre lesquels on a à lutter sont la céphalée, la rachialgie, l'asthénie neuro-musculaire, la dyspepsie, l'insomnie et la dépression cérébrale. Ce serait une mauvaise méthode que de faire de la médecine symptomatique contre tous ces accidents. Pourtant, quand ils prennent une importance notoire ou qu'on est sollicité d'y obvier sur-le-champ en s'adressant à tel ou tel d'entre eux, il est séant de les combattre par tous moyens diététiques, physiques ou médicamenteux.

Mais il est des procédés opposables à l'ensemble des troubles morbides ci-dessus désignés, tels sont : le massage, l'hydrothérapie et l'électrisation.

Le **massage** méthodique et progressif fait disparaître les hyperesthésies abdominales et dorsales, si ordinaires en clinique. Il active la circulation, supprime les sensations de froid aux jambes et aux pieds. On doit le pratiquer sur la peau, sur les muscles des membres et du tronc, y compris ceux de la région dorsale et ce, tous les jours, au milieu de l'espace qui sépare deux repas.

Le massage est encore très recommandable chez les sujets amaigris et épuisés auxquels le moindre mouvement actif est pénible et fatigant : il empêchera dans la mesure du possible l'émaciation musculaire de continuer ses progrès et les mouvements passifs qu'on y adjoindra entretiendront le jeu de muscles et de jointures que le neurasthénique, porteur de douleurs et d'algies centrales, a une tendance à immobiliser de plus en plus.

Les séances de massage ne dépasseront pas quinze à vingt minutes au début : plus tard, on pourra les augmenter. **On les fera chaque jour,** pendant un mois environ et on pourra les appliquer contre tel ou tel accident prédominant : par exemple, contre la constipation en agissant sur le côlon, contre la dyspepsie, de quelque nature qu'elle soit, en s'adressant à l'estomac.

Chez les neurasthéniques irritables l'**hydrothérapie** se résume pour nous dans l'emploi de l'**eau tiède**. Le bain à 35 ou 36 degrés, peu prolongé, ne dépassant pas une vingtaine de minutes et pris quotidiennement conserve toutes nos préférences ; de même la douche tempérée. Voici, pour cette dernière, la technique de Beni-Barde : « On l'administre avec un appareil spécial, connu sous le nom de mélangeur. L'eau, répandue discrètement sur la peau, ne doit éveiller aucune sensation de chaleur ou de froid. Il faut que sa température varie entre 33 et 37 degrés. La projection doit avoir une douceur extrême et se traduire par des aspersions lentes, allongées, régulières, dirigées principalement sur les côtés de la colonne vertébrale. Sa durée peut osciller entre trois et huit minutes : elle convient à tous les malades à tension artérielle exagérée. »

De toute manière, on n'oubliera pas que les nerveux sont très impressionnés par l'hydrothérapie et qu'on risque d'exaspérer leur état en l'employant à mauvais escient. C'est pourquoi **il faut éviter les applications froides**, trop énergiques souvent pour être bien supportées.

Parfois, néanmoins, le procédé du **drap mouillé** avec friction trouvera ses indications. On prend un drap très dur qu'on trempe dans de l'eau à 25 degrés et que l'on tord. On le jette sur les épaules du patient (qui est nu et debout) et on l'en enveloppe complètement ; puis, avec la main placée sur le drap, on fait des frictions générales pendant deux minutes, on essuie ensuite le malade en le frictionnant encore. Il doit alors marcher, ou rester au lit une heure pour faire la réaction. C'est facile et extrêmement pratique.

Comme **électrisation**, les courants induits à interruption lente (de deux à cinq secondes), appliqués successivement sur les divers muscles ont pour effet d'augmenter la température et d'activer la circulation : leurs effets se rapprochent de ceux du massage.

La franklinisation, si l'on s'y adresse, sera utilisée sous forme de **bains statiques**, le malade étant placé sur un tabouret relié au pôle positif de la machine. En outre, la friction électrique et la franklinisation à l'aide d'étincelles sont capables de diminuer les sensations de fatigue musculaire dont se plaignent tant les neurasthéniques.

Céphalalgie. — La céphalalgie n'est justiciable ici ni des nervins, ni des analgésiques. C'est la cure de repos qui en viendra le plus facilement à bout. En dehors de cela, le **souffle électrique** donne parfois de bons résultats, mais passagers. Parfois aussi on aura à se louer des reconstituants, tel que le fer, l'arsenic, la strychnine : pour cette dernière, par exemple, on formulera :

Sulfate de strychnine......	deux centigrammes.
Alcool à 40°..	40 centimètres cubes.
Eau....	60 grammes.

Une à trois cuillerées à café, dans de la bière, au repas de midi.

Les phosphates et glycérophosphates, la lécithine sont à signaler; mais mieux vaut le **phosphure de zinc** prescrit comme suit :

Phosphure de zinc en poudre fine. o gr. 80 centigrammes.
Poudre de réglisse .... 1 gr. 90 centigrammes.
Sirop de gomme .... o gr. 30 centigrammes.
pour 100 pilules, dont on donnera deux ou trois par jour.

Insomnie. — Contre l'insomnie, les douches à 36 degrés, le jet étant fréquemment dirigé sur la nuque et les **bains de pieds** avant le coucher, ont une action souvent très réelle. Le **sulfonal** en poudre fine, à la dose d'un gramme, suivi, immédiatement après, de l'absorption d'une boisson chaude, est à recommander, comme d'ailleurs les bromures, le **chloral**, le trional, le **véronal, etc.** Mais ce ne peut être là qu'un traitement de nécessité et de passage : en dehors de cela, **la cure de repos est la seule qui puisse produire une guérison** et non pas une détente momentanée.

Dyspepsie. — La dyspepsie attire trop souvent l'attention du médecin. Ce n'est point à dire qu'il la faille négliger ; mais qu'on se représente bien que d'ordinaire cette dyspepsie est secondaire à l'état nerveux et que la guérison de celui-ci entraine fréquemment la guérison de celle-là. L'entérite muco-membraneuse nous apparaît aussi dans bien des cas comme un dérivé direct de la neurasthénie. Le traitement de cette entéro-gastronévrose et celui de la dyspepsie nerveuse n'est pas différent de celui qu'on connaît d'autre part.

Asthénie musculaire. — L'asthénie musculaire et la dépression cérébrale s'améliorent avec les autres symptômes par la cure de Weir Mitchell : mais **la climatothérapie** peut en ce qui les concerne, être d'un secours parfois souverain pour le médecin désireux de tout mettre en œuvre en vue d'une guérison absolue. **Les climats tempérés seuls conviennent aux neurasthéniques.** La mer n'est pas toujours ce qu'il faut, bien au contraire. **Ni les bains, ni l'air marin ne valent rien quand il existe tant soit peu d'excitation.** Ce n'est que contre l'amyosthénie, la dépression cérébrale et l'alanguissement des fonctions digestives que la mer peut être utile ; mais, dans ces cas, il faut reconnaître qu'elle l'est grandement... Le clinicien qui méconnait les services qu'elle peut rendre se priverait par là d'un secours qui aurait pu se montrer tout-puissant...

Les climats de plaine donnent uniquement le calme et le repos souhaitables ; les climats de montagne sont à conseiller pendant l'été, durant les mois de juillet et d'août (Ballet). Une altitude de 1000 à 1.600 mètres est généralement suffisante, à condition encore que la station soit abritée des vents et que l'installation matérielle ne soit pas trop rudimentaire...

Traitement prophylactique. — On pourrait écrire sans fin sur ce dernier point ; on pourrait encore plus facilement sortir du sujet médical et entrer sur le terrain de la morale, de l'éducation et de la pédagogie. Un mot résume tout : **une mauvaise hygiène physique ou morale est capable de conduire à la neurasthénie**; elle y mène sûrement les prédisposés. De là, **nécessité de lutter contre le surmenage**, contre l'influence nuisible des milieux dégénérés où naissent nombre de ces prédisposés, contre l'émotivité et l'aboulie qu'on développe à plaisir chez certains enfants, contre les affaires qui absorbent tout, contre les faux buts que la spécialisation à outrance et le désir d'arriver donnent de plus en plus à l'existence humaine. C'est affaire de philosophe, c'est donc affaire de médecin. Mais il faudrait des pages et surtout un auteur. Le mot suivant de Spencer pourrait servir de conclusion : « La vie n'est pas pour le savoir ni pour le travail, mais le savoir et le travail sont pour la vie. » A qui méditera ces lignes, les reconstituants du système nerveux que l'on découvre par dizaine chaque année et que les journaux n'ont plus de place pour signaler sembleront peut-être de piètres moyens : nous avons cru que le lecteur n'éprouverait pas le besoin d'en retrouver la liste ici.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Les froidures graves : prophylaxie, premiers soins, par le docteur E. Galzin, médecin-major aux chasseurs alpins. Paris, *Charles Lavauzelle*, 1905.

Le docteur Galzin vient de publier en une brochure de 128 pages le fruit de l'expérience des froidures qu'il a acquise pendant les longues années qu'il a été attaché comme médecin-major aux chasseurs alpins. Sur ce sujet à première vue si rebattu, il régnait de la confusion, voire même des erreurs dans les articles didactiques. M. Galzin apporte des conceptions originales sur l'étiologie et la pathogénie des accidents dus au froid, rectifie certaines notions reçues sur l'importance relative des diverses sortes de froidures, isole même une forme très fréquente et la décrit, accompagnant tout cela d'une terminologie appropriée. L'intérêt théorique de ces conceptions se double d'une importance pratique pour éviter les froidures, pour les premiers soins à leur donner, car on est vite arrêté par leur insuffisance, si l'on s'en tient aux préceptes vagues à force d'être sommaires et généraux que contiennent les ouvrages classiques.

Le docteur Galzin a fait œuvre excellente en reprenant à pied d'œuvre cette question. Et nous l'en félicitons bien vivement.

Pour faire ressortir les nombreuses différences et les rares similitudes qui existent entre les accidents dus au froid et les accidents réactionnels, nous lui empruntons le tableau comparatif suivant qui intéressera sans nul doute nos lecteurs :

Accidents directs.	Accidents réactionnels.
ÉTIOLOGIE	
Sont causés par l'action unique et directe du froid.	Sont causés par les actions successives d'un froid violent d'abord, d'une température relativement elevée ensuite, quand ces actions se succèdent immédiatement La succession immédiate de ces deux actions détermine une réaction qui est la cause immédiate des accidents.
Ont le froid comme cause nécessaire et suffisante. Ont le froid comme cause unique et déterminante.	Ont le froid comme cause nécessaire, mais non suffisante. Ont le froid comme cause prédisposante, et la chaleur absolue ou relative, comme cause déterminante. La chaleur est aussi nécessaire que le froid.
Surviennent pendant le cours de l'exposition au froid.	Surviennent après l'exposition au froid, quand les parties atteintes sont exposées à une température relativement élevée ou chaude.
PATHOGÉNIE	
Sont le résultat soit de l'action traumatique du froid sur les tissus, soit de l'asphyxie et de l'inanition des tissus resultant d'une privation prolongée du sang, consécutive au spasme des vaisseaux, ou quelquefois à la congélation du sang dans les petits vaisseaux.	Le froid crée une prédisposition à la réaction. Cette prédisposition reste latente ou se manifeste d'une manière modérée si, immédiatement après, ne survient pas l'action d'une température relativement élevée. Si la température élevée survient, il se produit une réaction dont le phénomène dominant, sinon unique, est une forte congestion active. Cette congestion produit des ruptures vasculaires suivies de thrombus qui arrêtent la circulation.
SYMPTOMES	
A la période des troubles fonctionnels précédant les lésions, les parties congelées ont leurs phénomènes vitaux suspendus, ont l'aspect de parties mortes et sont exsangues. Elles sont froides, pâles, insensibles, privées de mouvement	A la période des troubles fonctionnels précédant les lésions, les parties en réaction sont le siège de phénomènes vitaux excessifs et d'une congestion active intense. Elles sont chaudes, douloureuses, rouges et tuméfiées.
A la période des lésions réalisées, après la réaction, les caractères des parties atteintes sont à peu près les mêmes dans les deux cas.	
PROPHYLAXIE	
La prophylaxie consiste essentiellement à empêcher l'action du froid.	La prophylaxie consiste essentiellement à éviter l'action d'une température relativement élevée, et surtout de la chaleur.
TRAITEMENT	
Le traitement, à la période des troubles fonctionnels précédant les lésions, consiste essentiellement à réveiller la vie, à rétablir la circulation.	Le traitement, à la période des troubles fonctionnels précédant les lésions, consiste essentiellement à modérer les phénomènes vitaux et à atténuer la congestion active.

Le traitement des lésions est le même dans les deux cas.

D[r] F. C.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le 27 octobre ont eu lieu les épreuves du concours pour les **bourses de doctorat**. Celles des élèves en médecine à quatre inscriptions ont eu lieu devant un jury composé de MM. les professeurs Curtis, Debierre, Wertheimer et ont porté sur les *muscles des parois de l'abdomen*. Celles des élèves à huit inscriptions ont eu lieu devant un jury composé de MM. les professeurs Debierre, Curtis, Wertheimer, et ont porté sur *le pancréas, la digestion des graisses*. Celles des étudiants en pharmacie à quatre inscriptions ont eu lieu devant un jury composé de MM. les professeurs Lambling, Focкeu, Doumer et ont porté sur *la calorimétrie, le sodium et ses composés, l'anthère*. Celles des candidats à huit inscriptions ont eu lieu devant un jury composé de MM. les professeurs Lambling, Fockeu, Gérard Ernest et ont porté sur *l'aniline et toluidines. leurs dérivés ; l'ergot de seigle et son emploi*.

— Par **arrêtés rectoraux** en date du 1[er] novembre 1905 :

M. Jules Looten est prorogé, pour l'année 1905-1906, dans les fonctions de prosecteur d'anatomie.

M. Beun est prorogé, pour l'année 1905-1906, dans les fonctions d'aide d'anatomie.

M. Deblock (Lucien) est nommé aide préparateur de botanique et matière médicale.

— Par **arrêté rectoral** du 4 novembre 1905, M. Bruyant Lucien, étudiant en pharmacie, est nommé préparateur de zoologie médicale et pharmaceutique en remplacement de M. Papegaey, démissionnaire.

— Dans sa séance du 4 novembre, l'Assemblée de la Faculté a décerné le **prix Philippart**, de la valeur de 1.000 francs, par moitié à M. Petit, interne des hôpitaux, auteur d'un travail intitulé : *La radiothérapie dans quelques maladies de la peau et en particulier dans le cancer et la tuberculose*, par moitié à M. Looten, interne des hôpitaux, auteur d'un travail intitulé : *Contribution à l'étude de l'aphasie sensorielle. Cécité verbale et agraphie.*

— Dans la même séance, l'Assemblée de la Faculté a décerné les **prix de thèses** : la *médaille d'or*, à M. le docteur Gellé, préparateur d'anatomie pathologique, ancien interne des hôpitaux ; la *médaille d'argent*, à M. le docteur Dancourt, ancien interne des hôpitaux, une *médaille de bronze* à MM. les docteurs Leroy, ancien interne des hôpitaux, Schaepelynck, Descarpentries, interne des hôpitaux; une *mention honorable* à MM. les docteurs Taconnet, interne des hôpitaux, Levesque, Rochette, Vasseur et Cretal, interne des hôpitaux.

— Le 30 octobre 1905 et jours suivants, devant un jury présidé par M. le professeur doyen Combemale, administrateur des hospices, et composé de MM. les professeurs Lemoine, Wertheimer, Curtis, Charmeil et Patoir, médecin des hôpitaux, a eu lieu le concours pour deux places de **médecins adjoints des hôpitaux de Lille**. Quatre candidats étaient inscrits et ont subi toutes les épreuves : MM. les docteurs Huyghe, Vandeputte, Breton, chefs de clinique médicale de la Faculté, Bertin, préparateur de la

clinique dermatologique, médecin des filles publiques à l'hôpital Saint-Sauveur.

La question écrite traitée par les candidats a porté sur *la migraine*. Restaient dans l'urne : *Maladie d'Addison*; *aphasies sensorielles*; *les contractures*; *insuffisance hépatique*.

L'épreuve d'anatomie pathologique a consisté en la reconnaissance de quatre pièces macroscopiques : *tuberculose primitive du rein, tuberculose des plaques de Peyer, cœur de Traube, cœur avec dilatation du ventricule droit*, et de six coupes d'histologie pathologique : *épithélioma de la langue, foie cardiaque cirrhotique, foie cardiaque non cirrhotique, bronchopneumonie non tuberculeuse, rein atteint de néphrite mixte, emphysème pulmonaire.*

Après annulation de l'épreuve de clinique, qui avait porté sur un malade atteint de *rhumatisme subaigu avec surmenage et neuro-arthritisme* choisi dans le service de la clinique médicale Saint-Sauveur, parce que ledit malade était entré avant l'époque durant laquelle les services avaient été interdits aux concurrents, cette épreuve de clinique a été recommencée sur nouveaux frais ; la malade choisie dans la clinique médicale de la Charité était atteinte de *tuberculose pulmonaire du sommet du poumon droit au début et nervosisme.*

L'épreuve de consultation a été subie par les candidats sur un malade de l'Hospice général, pour lequel le diagnostic du jury était *diplégie cérébrale infantile de nature indéterminée avec contractures et athétose double.*

Les notes, ayant été attribuées suivant la méthode du point minimum de la majorité et tenues secrètes sous enveloppe après avoir été données sous signature après chaque épreuve, ont été dépouillées après la dernière épreuve. Elles ont donné les résultats suivants : sur un total de 100 points. M. le docteur BRETON 84,5, M. le docteur BERTIN, 77,5, M. le docteur HUYGHE 77, M. le docteur VANDEPUTTE, 74.

— Le 6 novembre et jours suivants ont eu lieu, devant un jury présidé par M. le professeur-doyen COMBEMALE, administrateur des Hospices, et composé de MM. les professeurs SURMONT, OUI, DELÉARDE, LAMBRET et GÉRARD (Georges), les épreuves du **concours d'internat**. Vingt-deux candidats étaient inscrits.

La question écrite, que les candidats ont eu à traiter, était libellée : *Circulation rénale; physiologie du glomérule et du tube contourné. Hématuries.* Restaient dans l'urne les questions suivantes : *Système veineux porte, anatomie et physiologie* ; *kystes hydatiques du foie. Articulation scapulo-humérale, anatomie et physiologie ; luxations de l'épaule. Glande mammaire, anatomie et physiologie ; abcès du sein. Le pylore, mouvements de l'estomac* ; *causes, symptômes et diagnostic des rétrécissements du pylore.*

L'épreuve orale, de dix minutes, a porté sur *Tumeur blanche du genou*. Les autres questions proposées étaient : *Fracture de la rotule. Cancer du col de l'utérus. Luxations du coude. Hémorrhoïdes.*

A l'épreuve, dite de garde, les candidats ont parlé huit minutes sur *Indications et contrindications du taxis dans l'étranglement herniaire ; conduite à tenir dans les cas de procidence du cordon.* Le jury avait encore proposé : *Conduite à tenir dans les cas de plaie pénétrante de poitrine* ; *indications et contrindications de la version podalique. Traitement de l'hémoptysie ; conduite à tenir au cours de la délivrance naturelle. Indications de la saignée* ; *indications et manuel opératoire de la délivrance artificielle.*

Le jury, tout en regrettant que le nombre des places d'internes titulaires ne soit pas plus élevé, a présenté pour les quatre places d'internes titulaires MM. VERHAEGHE, GAEHLINGER, LEMOINE, CARLIER, pour les places d'internes provisoires MM. PATOU, DERÉMAUX.

Avant de se séparer le jury a émis le vœu que les notes données par chaque juge fussent, après chaque épreuve, placées sous pli cacheté et que ces divers plis ne fussent ouverts qu'au moment de la délibération générale. L'insertion de cette disposition au règlement aurait pour effet de prévenir le désistement de candidats de valeur influencés par l'obtention d'une note faible.

— Le 6 novembre et jours suivants, devant un jury présidé par M. le professeur-doyen COMBEMALE, administrateur des hospices, et composé de MM. les professeurs CURTIS, GAUDIER, PATOIR, INGELRANS et BUÉ, ont eu lieu les épreuves du **concours pour l'externat**. Vingt-quatre candidats sur vingt-huit inscrits se sont présentés. Vingt-trois sont allés jusqu'au bout des épreuves. La question écrite sortie de l'urne portait : *Sacrum ; muscle releveur de l'anus*. Les autres questions proposées étaient : *Os iliaque, muscles obturateurs. Rotule, carré des lombes. Articulation du poignet, muscles de l'avant-bras (face antérieure). Articulation coxo-fémorale, muscles adducteurs de la cuisse.*

L'épreuve orale a été jugée sur la question : *Vomissements, désinfection des organes génitaux externes de la femme (vulve et vagin).* Restaient dans l'urne : *Signes de la fièvre typhoïde* ; *technique et précautions à prendre dans l'injection hypodermique. Furoncle, ventouses scarifiées. Ascite* ; *ponction simple non aspiratrice. Panaris* ; *comment doit-on se laver les mains avant une opération aseptique ?*

En raison de la faiblesse de cette dernière épreuve, le jury n'a proposé que treize candidats pour les vingt-quatre places mises au concours, à savoir : MM. BREUCQ, TILMANT, BRIDOUX, SWYNGEDAUW, OLLIVIER, LEGRAND, DELADRIÈRE, DARTEVELLE, VANHAECKE, VOUTERS, DUVILLIER, MAILLARD, BENOIT.

— Nous relevons avec satisfaction sur la liste des **externes des hôpitaux de Paris** récemment reçus au concours, le nom de M. David THIBAUT, ancien élève de notre faculté, fils du docteur THIBAUT, agrégé de la faculté, pharmacien des hôpitaux de Lille.

Distinctions Honorifiques

Légion d'honneur. — Est nommé *chevalier* : M. le docteur Dussac, de Madrid.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de Lyon. — Ont été nommés après concours MM. les docteurs Pérot et Brisson, chefs de clinique médicale ; MM. les docteurs Pallasse et Revol, chef de clinique, adjoint et moniteur de clinique médicales ; M. le docteur Doumergue, chef de clinique des maladies infantiles ; M. le docteur Moreau, chef de clinique ophtalmologique.

— M. le docteur Chanoz est nommé, pour l'année 1905-1906, chef des travaux de physique, en remplacement de M. Bordier, dont les fonctions sont expirées.

Ecole préparatoire de Reims. — Sont nommés après concours : M. Verdun, moniteur d'anatomie ; M. Mayette, aide d'anatomie.

Ecole préparatoire de Limoges, — M. le docteur Garraud, nommé chef des travaux physiques et de chimie.

Ecole préparatoire de Clermont. — M. le docteur Girod, professeur d'histoire naturelle, est nommé directeur pour trois ans.

Ecole de plein exercice de Marseille. — M. le docteur Platon est chargé, pour l'année scolaire 1905-1906, d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale infantile, en remplacement de M. Métaxas, décédé.

Ecole de plein exercice de Rennes. — M. le docteur Véron, suppléant des chaires de pathologie et de clinique obstétricale, est chargé, pour l'année scolaire 1905-1906, d'un cours de clinique obstétricale, en remplacement de M. le professeur Perret, en congé pour raisons de santé.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs de Ruelle, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Brousse, agrégé à la faculté de médecine de Montpellier (Hérault) ; Dumolin, de Levallois-Perret (Seine) ; Pierre Roy, chef de clinique des maladies mentales à la faculté de médecine de Paris ; P. F. Lejeune, de Vichy (Allier).

Thoriez, du Transloy (Somme).

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

44e Semaine du 29 octobre au 4 novembre 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	5
3 mois à un an	7	4
1 an à 2 ans	2	2
2 à 5 ans	1	1
5 à 20 ans	2	1
20 à 60 ans	19	13
60 ans et au-dessus	15	11
Total	52	37

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Erysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	1
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	1	»	»	»	»	2	»	»	2	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	8	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	1	»	2	2	»	»	»	»	»	1	9	10
Wazemmes, 36,782 hab.	1	»	»	»	»	3	»	»	4	»	»	»	»	»	1	5	»	»	»	»	»	7	21	19
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	3	8	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	6	10	10
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	4	5	13
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	1	»	2	1	»	»	1	1	»	6	14	12
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	»	3	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	»	»	1	5	7
Total	2	»	»	»	»	14	1	»	8	»	1	1	8	1	6	13	»	»	1	1	»	32	89	103

N° 462. Neuvième Année. N° 47. Le Numéro : 10 centimes 19 Novembre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Programme d'un enseignement d'hygiène de la première enfance

(Leçon d'ouverture du Cours)

par le Docteur M. Oui, Professeur-Adjoint

Chargé des cours d'accouchement et d'hygiène de la première enfance à la Faculté de Médecine de l'Université de Lille.

MESSIEURS,

Je tiens, tout d'abord, en inaugurant, aujourd'hui, le Cours d'hygiène de la première enfance, à remercier de leur présence M. le Doyen et ceux de mes collègues qui me font l'honneur d'assister à cette première leçon.

Mais je ne dois pas oublier que la création de ce nouvel enseignement est dû à l'initiative de M. le Préfet du Nord et au concours financier du Conseil de l'Université et du Conseil général du département, auxquels, aussi, sont dus mes remerciements et les vôtres.

C'est, en effet, une œuvre très utile que la création de cet enseignement. La Faculté de Lille est la première à le posséder mais il est désiré dans d'autres Facultés, et de jeunes confrères, dans leurs thèses inaugurales, l'ont, à plusieurs reprises, réclamé, notamment pour la Faculté de Paris.

Extrêmement honoré d'avoir été désigné pour ce cours par le vote unanime du Conseil de la Faculté, je ferai tous mes efforts pour justifier la confiance qui m'a été témoignée, en vous instruisant aussi complètement et aussi pratiquement que possible, en vous mettant en situation d'être, en ce qui concerne les tout jeunes enfants, les conseillers autorisés et écoutés des mères.

Nul pays, plus que la France, n'a besoin de médecins fortement instruits de l'hygiène des petits enfants et profondément pénétrés de son importance.

Certes, ceux-là exagèrent qui parlent constamment de la dépopulation. Il n'y a de dépopulation que là où le taux de la natalité est inférieur à celui de la mortalité et il faut reconnaître que si le taux de la natalité française a diminué avec une rapidité effrayante, nous n'en sommes cependant pas encore arrivés au déficit qui seul justifierait le terme de dépopulation.

Il n'en reste pas moins que la natalité française est faible, beaucoup plus faible que celles des nations qui l'entourent.

Je ne veux pas rechercher si, comme le croient certains sociologues, une faible natalité constitue un danger social ; mais il est incontestable que nous nous trouvons en face d'un danger national, car, dans les luttes économiques aussi bien que dans les autres, les races à natalité faible

sont destinées à être étouffées par les races prolifiques.

Quelques utopistes ont pu se flatter de l'espoir de relever le taux de la natalité par la remise de quelques francs d'impôt aux pères de nombreuses familles ou par d'autres moyens aussi peu héroïques. Ce sont là des illusions que je ne m'arrêterai pas à discuter et dont la discussion, d'ailleurs, ne saurait rentrer dans le cadre de cette leçon.

Mais, à côté de cette première constatation, si inquiétante, de notre faible natalité, une autre constatation s'impose, le taux élevé de la mortalité infantile en France.

Nous pouvons dire, en nous référant aux chiffres de l'annuaire statistique de la France publié par le Ministère du commerce, que pour 1000 naissances, il y a eu, depuis 20 ans et suivant les années, de 158 à 176 décès d'enfants âgés de moins d'un an alors que, dans les pays scandinaves, la moyenne ne dépasse pas 100 pour 1.000.

Ces chiffres vous présentent la moyenne de la mortalité infantile pour toute la France. Dans la région du Nord, la mortalité est encore plus élevée.

A Lille, dans ces quatre dernières années, le rapport des décès de 0-1 an au chiffre des naissances a été :

pour 1900.	23.47
pour 1901.	22.05
pour 1902.	22.13
pour 1903.	21.87
pour 1904.	21.74 °/ₒ

A Roubaix, de 1894 à 1898, la proportion a été de 20.48 °/ₒ.

Que la condition sociale d'un très grand nombre de mères, que « l'absentéisme maternel » jouent un rôle considérable dans la formidable mortalité que nous venons de relever pour nos deux grands centres industriels, il serait puéril de le nier et nous verrons, dans la suite de ce cours, comment agit la grande industrie comme facteur de la mortalité infantile.

Mais ce serait une erreur que de croire à la seule influence du travail industriel des mères, car les communes rurales, elles aussi, paient un lourd tribut à la mortalité infantile.

Les chiffres sont là, qui permettent de ne conserver aucun doute à ce sujet. Ces chiffres, vous les trouverez dans la thèse récente de votre camarade Cavro.

Si nous prenons, comme moyenne de la mortalité de 0-1 an, en France, le chiffre de 160 pour 1000, nous constatons que, sur les 67 cantons du département du Nord, 32, près de la moitié, fournissent une mortalité supérieure à ce chiffre de 160 pour 1000.

Cinq, seulement, les cantons de Solre-le-Château, du Quesnoy, de Bavai et de Berlaimont, donnent une mortalité inférieure à 100 pour 1000, c'est-à-dire se rapprochant des départements français les moins éprouvés.

Une chose frappe l'observateur, c'est que, parmi les 32 cantons dans lesquels la mortalité infantile est le plus considérable, nous trouvons une proportion fort importante de cantons ruraux, en particulier dans les arrondissements de Dunkerque et d'Hazebrouck. Les cantons, aussi bien industriels qu'agricoles, des trois arrondissements de Lille, de Dunkerque et d'Hazebrouck sont, à l'exception de deux, Merville et La Bassée, ceux qui comptent la mortalité infantile la plus élevée.

Si vous voulez un exemple des conséquences de cet état de choses et un aperçu très rapide de ses causes, je pourrai vous citer une petite commune de la Flandre dans laquelle, en trois ans, naissances et décès se sont équilibrés : 23 naissances, 23 décès. Or, dans cette commune, qui se trouve dans des conditions d'hygiène excellentes, dans ce pays où les femmes ont toute liberté pour allaiter, il est mort pendant cette même période de trois ans, 8 enfants âgés de moins d'un an, c'est-à-dire que les décès d'enfants du premier âge atteignent à la fois 33 °/ₒ des naissances et 33 °/ₒ de la totalité des décès.

Résultat : le chiffre de la population est resté absolument stationnaire dans une commune où, pendant ces trois années, il n'y a pas eu un seul décès par maladie épidémique ou contagieuse !

Ici, vous le voyez, on ne peut plus incriminer le travail industriel, on ne peut pas davantage accuser l'influence néfaste sur la santé publique des grandes agglomérations. Il faut donc se rendre à l'évidence et constater que les enfants meurent, je ne dirai pas faute de soins, mais faute de soins éclairés, faute des principes les plus élémentaires de l'hygiène et, en particulier, de l'hygiène alimentaire.

Et en effet, Messieurs, nous savons que, dans plus de la moitié des cas, la cause de la mort réside dans des troubles de l'appareil digestif, troubles qui se développent sous l'influence tantôt isolée, tantôt combinée des erreurs suivantes : Abandon trop rapide de l'allaitement maternel, alimentation solide précoce, direction vicieuse de l'alimentation normale.

Si les mères étaient instruites des fautes qu'elles peuvent commettre, si elles connaissaient les principes d'hygiène indispensables, si, en un mot, elles savaient leur métier de mères, cela seul suffirait pour que déjà fussent faites de notables économies de vies humaines.

C'est dans cette pensée que, en 1901, puis en 1902 et 1903, j'ai fait successivement sur ces questions d'hygiène infantile des conférences à l'école primaire supérieure de Lille, aux cours d'enseignement supérieur des jeunes filles et aux institutrices du ressort académique. C'est cette pensée qui a amené mon éminent maître, le professeur Pinard, à enseigner les principes essentiels de la puériculture aux jeunes filles de l'école primaire du boulevard Pereire à Paris et à résumer cet enseignement dans un

admirable petit livre, la *Puériculture du premier âge*, merveilleusement adapté au développement intellectuel des élèves les plus âgés de nos écoles.

Le jour où cet enseignement se sera généralisé, non pas seulement dans les écoles primaires, mais également, comme je l'ai demandé, au Congrès d'Arras et comme cela se fera bientôt dans tout le ressort académique de Lille, dans les établissements d'enseignement secondaire, nous aurons des mères mieux renseignées, plus aptes à bien soigner leurs enfants, capables de les observer, de ne pas laisser s'aggraver, sans secours médical, des indispositions d'apparence bénigne au début, capables, surtout, de suivre strictement les conseils du médecin, parce qu'elles en comprendront l'importance. Mais nous sommes encore loin du but et de longues années sont nécessaires pour l'atteindre.

D'ailleurs, ce résultat fût-il acquis, le médecin n'en restera pas moins le conseiller nécessaire et, pour être, en même temps, le conseiller écouté, il devra posséder, non pas de vagues notions, mais des connaissances sérieuses et approfondies d'hygiène infantile.

Ces connaissances, je puis dire que, sauf de très rares exceptions, les jeunes médecins qui laissent les bancs des facultés pour se lancer dans la pratique ne les possèdent pas.

Certes, l'exercice de la profession les forme, ils observent, se créent petit à petit des convictions et une doctrine et c'est ainsi que nous les voyons, après quelques années de pratique, capables de rendre des services indéniables.

Mais, pour la plupart, cet apprentissage a été bien pénible. Combien ont été cruellement embarrassés pour répondre à des questions qui vous apparaîtront plus tard comme bien faciles à résoudre.

L'un de vos anciens camarades me disait tout récemment encore que, à ses débuts, il n'avait su que répondre à des mères lui demandant quelle quantité de lait devait prendre quotidiennement un enfant de tel âge ou combien il devait peser. Il me disait aussi quelles avaient été ses perplexités quand il avait dû diriger une jeune mère dans cette opération si délicate du sevrage.

Dois-je ajouter qu'il se plaignait un peu de l'absence de l'enseignement nécessaire, parmi les cours de la Faculté.

En effet, au cours d'hygiène, il avait appris l'hygiène générale, l'hygiène industrielle ; mais non l'hygiène spéciale du premier âge. A la clinique des maladies des enfants, on lui avait montré des enfants malades..... et on ne pouvait, d'ailleurs, lui en montrer d'autres. Il avait vu les conséquences d'une hygiène défectueuse, mais il n'avait pas pu suivre en détail les heureux effets d'une hygiène correcte et rationnelle. A la clinique d'accouchements, et là seulement il avait vu des enfants se développant normalement...... mais, par la force des choses, il avait cessé de suivre ces enfants lorsque, avec leurs mères, ils avaient laissé la maternité, c'est-à-dire dix à douze jours après leur naissance.

Cette lacune qui existe actuellement dans l'enseignement qui vous est donné, nous allons chercher à la combler de notre mieux ; mais nous ne devons pas nous contenter de vous mettre en état de diriger l'élevage d'un enfant, nous avons aussi à vous mettre en face d'autres problèmes et à vous donner les éléments nécessaires à leur solution.

Vous n'aurez pas, en effet, lorsque vous aurez laissé la Faculté, à vous occuper seulement du soin de votre clientèle. Vous serez, les uns ou les autres, appelés à prêter votre concours aux pouvoirs publics pour l'exécution des lois et des règlements qui concernent la protection de la première enfance.

Sur ce sujet, hélas ! vous êtes jusqu'à présent moins renseignés encore que sur les précédents.

La plupart d'entre vous ne connaissent la loi Roussel que de nom. Même ceux-là en ignorent, presque tous, les dispositions et, cependant, dès leurs débuts dans la pratique, quelques-uns auront à en surveiller l'application en qualité de médecins-inspecteurs des enfants du premier âge.

C'est pourquoi nous étudierons attentivement la loi Roussel, cette loi qui eût dû être si bienfaisante et qui, pour des causes variées que nous aurons à examiner, est restée, depuis de longues années, à peu près inefficace.

Notre tâche, d'ailleurs, ne se bornera pas là. D'autres devoirs s'imposent à vous.

Simples citoyens, membres de comités consultatifs, peut-être même, plus tard, d'assemblées délibérantes, vous devrez mettre au service de la collectivité les connaissances acquises sur les bancs de l'Université.

C'est à vous qu'il appartiendra de stimuler et d'éclairer les initiatives privées ou les pouvoirs publics, de montrer les voies à suivre pour constituer des œuvres véritablement utiles à la protection de la première enfance et pour les administrer suivant les vrais principes de l'hygiène.

Là encore, vous avez de grands services à rendre et vous ne pourrez les rendre que si, au préalable, vous avez étudié le fonctionnement de ces différentes œuvres, leurs avantages et leurs défectuosités, leur efficacité, variable suivant les milieux dans lesquels elles ont été établies et la direction qui leur a été imprimée.

C'est par cette étude que je terminerai ce cours.

Vous voyez, Messieurs, que notre programme est beaucoup plus vaste qu'il ne vous paraissait peut-être au premier abord. Il est vaste parce que nous avons à nous occuper à la fois de questions d'hygiène individuelle et de questions d'hygiène sociale.

Maintenant que je vous ai tracé les grandes lignes de notre programme, il me reste à le reprendre un peu plus

en détail et à vous montrer, aussi, comment je compte le réaliser.

Je vous l'ai dit déjà, Messieurs, dans toute l'hygiène de la première enfance, la partie de beaucoup la plus importante est l'hygiène alimentaire. Aussi, sans négliger ni l'hygiène générale, ni l'hygiène des vêtements, ni les soins de la peau et la propreté corporelle, ai-je l'intention de vous entretenir surtout, dans ces leçons, de l'alimentation des enfants du premier âge.

D'abord, vous devrez savoir, pour ne pas être de purs empiriques, comment est élaboré l'aliment naturel de l'enfant, le lait, et ainsi, nous étudierons d'abord la lactation : étude très importante, car il vous faudra connaître, non seulement le mécanisme de la sécrétion lactée, mais aussi toutes les causes qui influent sur ce mécanisme, toutes celles aussi qui peuvent amener dans la composition du lait des variations qui ont sur l'enfant une répercussion inévitable. Il vous faudra, ensuite, pour choisir le lait le mieux qualifié pour remplacer, le cas échéant, celui de la mère, étudier la composition du lait dans différentes espèces animales; il vous faudra connaître les principales falsifications du lait, pour être, au moins capables d'en soupçonner l'emploi et de les faire rechercher par des chimistes compétents.

La digestion du lait chez le nourrisson, la comparaison entre la digestion de l'enfant nourri au sein et celle de l'enfant soumis à l'allaitement artificiel nous occuperont ensuite et vous permettront de pressentir déjà la plupart des arguments qui militent en faveur de l'allaitement maternel.

Cette supériorité est tellement éclatante que, dans le monde médical, personne n'émet le moindre doute à ce sujet et les documents que je mettrai sous vos yeux ne pourront que fortifier vos convictions. Mais il ne suffit pas d'être convaincu, il faut, dans la pratique, agir de façon à faire triompher ses convictions.

C'est ainsi que vous devrez savoir quelles sont les précautions à prendre pour éviter aux jeunes mères, dans la mesure du possible, les premiers accidents, gerçures, crevasses du mamelon, abcès mammaires qui les découragent si fréquemment et leur font trop souvent abandonner l'allaitement.

Je vous montrerai, aussi, quel rôle moral important vous aurez à jouer en encourageant une jeune mère, nourrice médiocre ou insuffisante au début, mais capable de s'améliorer et de devenir, après quelques semaines d'exercice et de persévérance, une bonne et solide nourrice.

Vous devrez, aussi, être éclairés sur la façon dont l'allaitement doit être dirigé à son début, et cela, d'une façon très détaillée, pour être prêt à ne vous laisser embarrasser sur aucun point ni par aucune question et à conserver une autorité que vous feraient perdre rapidement des hésitations ou des erreurs.

Enfin, vous aurez parfois à combattre contre l'entourage de la mère, et bien des raisons vous seront données pour vous amener à faire cesser l'allaitement maternel et à recourir à l'allaitement mercenaire ou à l'allaitement artificiel. En cette occasion encore, il faut que vous soyez renseignés sur la conduite que vous aurez à tenir et sur la façon dont vous pourrez défendre les intérêts de l'enfant qui vous est confié.

Il faut, toutefois, reconnaître que si les raisons alléguées, dans certains cas, contre l'allaitement maternel n'ont aucune valeur, il est d'autres circonstances dans lesquelles votre intervention s'exercera pour faire cesser cet allaitement. Il y a des contre-indications à l'allaitement maternel, contre-indications rares, il est vrai, mais que vous devez bien connaître.

Nous aurons, ainsi, à étudier successivement et l'allaitement par une nourrice mercenaire, et l'allaitement mixte si précieux pour prolonger l'allaitement au sein et, enfin, l'allaitement artificiel qu'il est si délicat de bien régler et de bien diriger.

Cette question de l'allaitement artificiel nous amènera à examiner les corrections à faire subir au lait, les inconvénients et les avantages qui peuvent en résulter, enfin, les diverses méthodes de conservation du lait car, ainsi que vous le verrez, on ne saurait toujours, et dans tous les cas, avoir recours à la même méthode.

Nous devrons, enfin, suivre pas à pas le nourrisson, étudier son développement avec chacun des différents modes d'allaitement et le conduire jusqu'à l'époque du sevrage, période critique pendant laquelle les erreurs de régime peuvent avoir les plus graves conséquences. Pour rester dans l'esprit essentiellement pratique de ce cours, nous ne dédaignerons pas de nous préoccuper de très petits mais très importants détails et de faire, au besoin, un peu de chimie... culinaire.

A côté de l'enfant bien portant, il faudra bien nous préoccuper de l'enfant malade, mais seulement en ce qui concerne les affections du tube digestif. Le nourrisson atteint de gastro-entérite doit, en effet, être soumis à une diététique toute spéciale, puisque, dans certains cas, le lait devient pour lui un véritable poison.

De même, nous aurons à étudier les soins à donner aux enfants nés prématurément, aux débiles, et je vous montrerai comment, et dans quels cas, il faut avoir recours à a couveuse dont on a beaucoup abusé et qui, mal employée, comporte des dangers indéniables.

C'est, enfin, par l'examen de la législation protectrice de l'enfance, par l'étude des institutions publiques et privées destinées à la protection du premier âge, que ce cours se terminera.

Il me reste, maintenant, à vous dire comment nous exécuterons notre programme.

Deux leçons par semaine seront consacrées à son exposé ; mais l'enseignement purement théorique, pour si utile qu'il soit, a besoin d'être complété par la pratique. Il faut que vous voyez des nourrissons, que vous assistiez à leur développement, que vous soyez au courant des incidents qui peuvent survenir, surtout au cours de la première année, ou pendant le sevrage.

Aussi, vous ferai-je voir, toutes les semaines, et pendant toute l'année, comme j'ai déjà commencé à le faire, des enfants d'âges différents qui seront examinés et pesés devant vous, dont nous surveillerons ensemble la santé. Ainsi, vous serez mis en contact direct avec la réalité et je ne doute pas que vous en tiriez un sérieux profit.

J'agirai de même, en ce qui concerne les œuvres publiques ou privées de protection et d'assistance.

Sur ces questions, également, il me paraît indispensable que vous soyez directement éclairés et que vous jugiez par vous-mêmes.

Toutes les institutions de ce genre ne se prêtent pas également aux mêmes investigations.

Pour certaines d'entre elles, et non des moins intéressantes, comme les mutualités maternelles, l'assistance maternelle à domicile, je ne pourrai que vous transmettre des documents.

Pour les autres, crèches, nourriceries industrielles, consultations de nourrissons, gouttes de lait, je m'emploierai auprès de ceux qui les dirigent pour que vous soyez admis à les visiter et je demanderai a ceux qui en ont assumé la charge de vous exposer eux mêmes les conditions dans lesquelles elles fonctionnent et les résultats qui y sont obtenus.

Ainsi vous pourrez personnellement, sans même sortir de l'arrondissement de Lille, car je ne dois pas vous entraîner à de trop longs déplacements qui gêneraient vos études, juger de l'utilité de ces œuvres et surtout, car c'est là le point important, voir comment l'application de principes identiques doit varier suivant les milieux et suivant les circonstances et qu'une même formule n'est pas toujours et partout applicable.

J'ai terminé, Messieurs, l'exposé que je vous devais du programme que nous allons réaliser de notre mieux. Je suis persuadé que vous en avez saisi toute l'importance et que votre assiduité montrera l'intérêt que vous prendrez à une étude nouvelle pour vous, étude qui est le complément indispensable de l'enseignement obstétrical. Ainsi vous acquerrez des connaissances particulièrement utiles dont, au cours de votre carrière, vous tirerez le plus grand profit pour les petits enfants qui vous seront confiés.

Consultations Médico-Chirurgicales

Lumbago

Professeur agrégé Patoir.

INFORMATIONS CLINIQUES. — **I.** Brusquement, parfois en coup de foudre, ou plus rarement après quelques prodrômes : malaise, céphalalgie, douleurs vagues dans le dos, fièvre légère, etc. ; un homme de vingt à cinquante ans est pris d'une douleur bilatérale de la région lombaire. C'est spontanément ou à la suite d'un refroidissement, d'un mouvement ou d'un effort léger qu'elle est apparue.

Cette douleur est pongitive et profonde ; généralement continue, elle présente quelquefois des élancements qui arrachent des cris au malade et, d'habitude, elle augmente d'intensité vers le soir. Le moindre mouvement l'exaspère : couché, le malade ne peut ni se tourner, ni s'asseoir ; assis, il ne peut se lever ; debout il ne peut marcher qu'au prix d'une exacerbation de la douleur. Courbé en avant, les mains comprimant la région lombaire qu'il tente d'immobiliser, il lui est impossible de se baisser ni de se redresser. En somme, tous les mouvements du tronc, mais surtout l'extension, lui sont interdits par la douleur. En revanche, le repos le soulage : plus ce repos est absolu, plus le soulagement est grand ; aussi le malade ne se trouve-t-il vraiment bien que couché à plat, sur le dos. Si l'on demande au patient de préciser le siège de la douleur, il désigne d'un geste vague toute la région lombaire ; il est rare qu'il montre un seul côté, plus rare encore qu'il localise la douleur en un point.

A l'examen, la région douloureuse ne présente ni gonflement, ni rougeur, ni chaleur ; on ne note point d'hyperesthésie cutanée et la pression large loin d'augmenter la douleur, semble plutôt la calmer. Mais la pression limitée peut révéler certains points particulièrement douloureux : ce sont les crêtes épineuses lombaires et sacrées, les gouttières vertébrales, les espaces interépineux, la symphyse sacro-iliaque, la face postérieure du sacrum, en un mot, la plupart des points articulaires de la région. Mais il s'en faut de beaucoup qu'on les trouve tous chez chaque malade et il en est chez qui on n'en trouve aucun.

L'homme qui s'est ainsi présenté est, en effet, atteint d'un syndrome douloureux spécial qui porte le nom de *lumbago aigu et violent* : on peut prévoir que sa durée sera environ de huit à dix jours.

II. Chez un autre malade, le lumbago, tout en débutant de cette façon soudaine et dans les mêmes conditions, peut affecter une allure moins violente ; au lieu

d'une douleur très vive, le malade n'éprouve qu'un endolorissement pénible de la région lombaire. Il n'a pas senti la nécessité de s'aliter et, dans une certaine mesure, il peut vaquer à ses occupations si elles ne sont point trop fatigantes ; les mouvements qu'il fait occasionnent une douleur supportable : c'est une *attaque légère de lumbago* ; sa durée sera de deux ou trois jours, parfois même de quelques heures seulement. On pourra d'ailleurs observer tous les intermédiaires entre la forme légère et la forme violente.

III. Parmi ses malades, un médecin peut avoir, si l'on peut dire, un habitué, un récidiviste du lumbago, car le lumbago est une affection qui récidive volontiers et le malade vous dit qu'il est repris de « son » lumbago. Or, il arrivera qu'une fois le même malade présentera un torticolis, une névralgie, une migraine, une douleur articulaire, voire même une attaque de goutte. Ces différents accidents pourront remplacer une attaque de lumbago. Il y aura ainsi des alternances, sinon des métastases entre le lumbago et d'autres manifestations dites arthritiques.

IV. Le lumbago ne se présente pas toujours sous forme d'attaques aiguës, il peut devenir chronique, durer des semaines, des mois, soit d'une façon continue, soit avec des périodes de calme et des paroxysmes, alternant de telle sorte qu'on est en présence du type intermittent du lumbago.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Sans substratum anotomo-pathologique, de nature indéterminée, de siège discuté, le lumbago n'a même pas une individualité clinique admise par tous. Aussi son nom ne figure-t-il pas dans la plupart des traités de médecine ou de thérapeutique.

Confondu souvent avec la rachialgie des fièvres éruptives, le tour de rein ou lumbago traumatique, la névralgie lombaire ou lumbago névralgique, avec d'autres affections et appelé alors lumbago hémorrhoïdaire, utérin, congestif, etc., on tend actuellement à en faire une affection essentiellement douloureuse, de nature rhumatismale — autant dire indéterminée — affectant tantôt les masses sacro-lombaires ou lumbago musculaire, tantôt les articulations vertébrales, sacro-vertébrales, etc. ou lumbago articulaire, tantôt même les méninges et la moelle ou lumbago spinal.

Quoi qu'il en soit, on sait qu'il survient de préférence chez les arthritiques, qu'il récidive ou qu'il alterne avec d'autres manifestations, qu'il apparaît sous l'influence du froid humide, notamment au printemps et à l'automne, et de certains mouvements musculaires non violents mais répétés chez les cavaliers, les boulangers, les cultivateurs, par exemple.

TRAITEMENT. — Si dépourvu d'individualité que soit le lumbago, il n'en constitue pas moins une réalité très douloureuse dont le patient demandera d'être soulagé et dont il désirera éviter le retour.

TRAITEMENT PRÉVENTIF. — Le traitement préventif ressort des conditions étiologiques dans lesquelles se développe ordinairement l'attaque de lumbago. Si elle a été déterminée par le froid humide on ne se bornera pas à conseiller d'éviter l'humidité, conseil difficile à suivre dans certains pays, mais on prescrira de porter des vêtements qui en préservent et la **ceinture de flanelle** ou de jersey est, sous ce rapport, tout à fait recommandable.

Quand la répétition de certains mouvements, de certaines attitudes est en cause, on conseillera d'en éviter l'excès : le massage, la **gymnastique musculaire** seront d'un secours précieux pour éviter l'épuisement des muscles et les entraîner à des fatigues ultérieures.

Accident d'origine arthritique, le lumbago peut être prévenu dans une certaine mesure par le traitement général de cet état constitutionnel : la **sobriété** en boisson et en nourriture, les exercices physiques, sont les bases d'un régime qui sera heureusement complété par une cure hydro-minérale dont les indications sont à préciser pour chaque malade.

L'expérience montre qu'**il ne faut pas compter outre mesure sur le traitement préventif** et que bien souvent quoiqu'on fasse, l'attaque de lumbago ne sera pas évitée.

TRAITEMENT CURATIF. — On aura souvent non pas à prévenir mais à guérir si possible, tout au moins à soulager. Le traitement curatif doit s'attaquer à la nature du mal. Or, la plupart des auteurs, sinon tous, s'entendent à faire du lumbago une manifestation rhumatismale. Il est donc tout indiqué d'avoir recours à l'acide salicylique et surtout à ses dérivés : salicylate de soude, salicylate de méthyle, aspirine, etc. Malheureusement, il est démontré que, sauf dans les cas où le lumbago n'est qu'une localisation, coexistant avec d'autres, du rhumatisme articulaire aigu, **la médication salicylée n'a guère d'effet réel** sur la marche du lumbago.

Le **jaborandi** donnerait, au dire de M. Robin, des résultats merveilleux quand on a affaire au lumbago articulaire. Voici, d'après l'auteur, la façon de préparer et de faire prendre le jaborandi : « On fait macérer pendant douze à vingt-quatre heures quatre grammes de feuilles de jaborandi dans dix grammes d'alcool : après cette macération, on jette sur le mélange cent cinquante grammes d'eau bouillante et on laisse infuser pendant vingt-cinq minutes, puis on filtre le liquide et l'on administre au malade l'infusion chaude ainsi préparée. » L'infusion doit être prise le matin à jeun, en une seule fois. Bientôt la salivation et la diaphorèse se montrent :

le malade doit ne pas avaler sa salive et résister à la soif s'il veut éviter les nausées et les vomissements. On doit laisser, entre chaque prise de jaborandi, un intervalle de un ou deux jours. Il existe à l'emploi du jaborandi quelques contre-indications : les affections du cœur ; la survenue d'épistaxis ou de l'oligurie au cours de son emploi.

A défaut de jaborandi les **tisanes chaudes** pourront, à titre de diaphorétiques, donner de bons résultats.

On a aussi employé le **glycérophosphate de soude** à la dose de o gr. 60 à 1 gr. en injections sous-cutanées. M. Robin lui attribue de nombreux succès.

A vrai dire, quand il s'agit d'un lumbago aigu, il semble bien que beaucoup de médications, quelles qu'elles soient, puissent revendiquer des succès. Nombre d'entre elles se bornent à ne pas entraver la guérison d'une affection qui y marchait spontanément et quelques autres ont semblé abréger une attaque qui devait être de courte durée. Quant à leur action sur le lumbago chronique, elle a été efficace ou nulle, selon que le moment où elle se produisait était proche ou non de la guérison. C'est dire qu'il n'est pas possible d'apprécier la valeur réellement curative d'une thérapeutique appliquée à une affection de nature aussi indéterminée que le lumbago. Nous nous sommes borné à citer les moyens les plus récents et nous arrêtons là la liste très longue des médicaments dits curatifs d'une **affection qui guérit surtout par le repos.**

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE. — Le traitement symptomatique répond à une indication capitale : combattre la douleur ; et comporte un élément essentiel, le **repos**, mais **le** repos absolu, au lit, couché à plat, la tête basse. Le repos ne paraît pas seulement apte à soulager le malade, il faut le considérer aussi comme un agent curatif, le seul, nous l'avons dit, qui paraisse vraiment abréger la durée d'une attaque de lumbago aigu. La nature l'impose forcément quand le lumbago est violent.

Au repos on a ajouté toute une série de moyens dont nous allons passer les principaux en revue. Ces moyens sont applicables aussi bien aux formes aiguës qu'aux formes chroniques. Il va sans dire qu'il est préférable de commencer par les plus doux.

A. *Calmants locaux.* — Les calmants locaux, tels que les **liniments chloroformés ou laudanisés, les applications chaudes** sous forme de linges chauds, de cataplasme, de sacs de sable, etc., sont à tenter tout d'abord. On a beaucoup vanté le **chloroforme en compresse** qu'on applique comme suit : on projette une petite quantité de chloroforme sur un gâteau d'ouate qu'on applique immédiatement sur la région malade et qu'on recouvre de taffetas gommé ; on laisse le tout en place pendant vingt minutes environ ; il s'ensuivrait un soulagement notable.

B. *Calmants généraux.* — Quand la douleur persiste on peut avoir recours aux calmants généraux : l'**antipyrine** ou l'un de ses nombreux succédanés, l'**extrait thébaïque** et l'extrait **de belladone** à parties égales, pourront être essayés avant d'en arriver à la piqûre de **morphine** d'un effet toujours efficace mais qui offre le danger de l'accoutumance quand il s'agit d'un lumbago chronique.

Parmi les calmants, il faut faire une place à part aux injections de **cocaïne**. Elles se pratiquent de deux façons : *a*) par voie intra-rachidienne : c'est l'application à la médecine de la méthode de Bier. Les objections faites à l'emploi chirurgical de l'injection intra-rachidienne de cocaïne sont valables contre son emploi médical et cette méthode a rencontré plus de détracteurs que de partisans. Aussi nous ne la signalons que comme une méthode d'exception à employer seulement dans les cas où les autres médications ont échoué : on aura soin de **ne pas dépasser la dose de 5 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne par injection.** Maniée avec prudence et employée à titre exceptionnel, on l'a vue réussir là où tout avait échoué ; b) par voie extra-durale, selon la technique de Sicard et de Cathelin, l'injection de cocaïne dans l'espace épidural est dépourvue de dangers : aussi peut-on pousser la dose jusqu'à 1 et 2 centigrammes de cocaïne par injection. Mais son emploi, sans nécessiter une habileté spéciale, demande quand même une habitude, un tour de main qui l'ont empêché de passer jusqu'ici dans la pratique courante.

La **stovaïne**, qu'on pourrait utiliser en place de cocaïne, s'est montrée moins active que cette dernière.

A propos de ces injections notons en passant qu'on a dans certains cas obtenu de bons résultats en injectant simplement du **sérum artificiel** soit dans l'espace extradural, soit dans la masse sacro-lombaire et l'on sait que Potain conseillait d'employer l'eau claire en injection. Il est évident que la **suggestion** a une part dans les succès ainsi obtenus.

C. *Révulsifs.* — La révulsion sous toutes ses formes est souvent employée contre la douleur du lumbago. On a recours tantôt aux **frictions stimulantes** avec du chloroforme, du baume de Fioraventi ou un mélange des deux, avec de l'alcool camphré, un liniment térébenthiné, etc., tantôt à la **sinapisation**. Les pulvérisations au chlorure d'éthyle, le stypage au chlorure de méthyle, sont encore employés couramment. Les **pointes de feu** seront réservées aux cas résistants sur lesquels on veut agir d'une façon durable et plus profonde.

La vésication est de moins en moins employée. Beau-

coup de malades essaient, d'eux-mêmes, la décongestion par l'application de quelques sangsues ; on pourra conseiller, dans le même ordre d'idées, les **ventouses** sèches ou scarifiées.

D. *Hydrothérapie.*— L'hydrothérapie trouve surtout son indication dans les cas chroniques. Les bains sulfureux, les **bains de vapeur**, les douches chaudes, la sudation à l'étuve sèche, suivie ou non de massage agissent à la fois par la diaphorèse qu'ils provoquent, par la révulsion produite et par l'action mécanique du massage.

Le **massage** doit être pratiqué en commençant doucement par des effleurements, puis en augmentant petit à petit les pressions pour arriver à pétrir, à malaxer profondément les muscles de la région lombaire. Le massage ainsi employé s'applique aussi bien à l'attaque de lumbago aigu qu'il ferait disparaître parfois en une seule séance qu'au lumbago chronique contre lequel on l'utilise, combiné aux mouvements actifs et passifs du tronc A titre de traitement préventif le massage alternant avec la **mécanothérapie** est une des pratiques les plus recommandables.

E. *Electrothérapie.*— C'est également pour les cas chroniques que l'électricité est indiquée. Les **courants continus** seront préférés aux courants induits qui sont toujours d'application douloureuse. Mais s'il y a tendance à l'atrophie musculaire, c'est aux courants induits qu'il faut avoir recours en les faisant au besoin alterner avec les courants continus. Dans les cas aigus, la sédation des phénomènes douloureux peut être obtenue par l'**effluvation.**

Quant un lumbago a résisté au repos, et malgré le massage, l'électricité et les autres moyens employés, non seulement tend à devenir chronique, mais se prolonge indéfiniment et surtout quand il s'accompagne d'atrophie musculaire, **il y a lieu de chercher une indication thérapeutique dans l'état des organes de la région lombaire** ou des régions voisines : très vraisemblablement, nous le répétons, on a affaire à une autre affection plus précise et plus grave que le lumbago.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 27 octobre 1905

Présidence de M. NOQUET, vice-président.

Arrachement du cuir chevelu.

M. **J. Colle.** — J'ai l'honneur de présenter à la Société la femme B. J., âgée de 31 ans, ouvrière dans une usine.

Cette femme, enceinte de 8 mois, fut scalpée accidentellement le 3 octobre 1905.

Au moment de quitter son atelier le soir à 6 heures, l'ouvrière, voulant se recoiffer, rejeta ses cheveux en avant pour les démêler. Malheureusement elle se trouvait près d'un arbre de couche en mouvement, où s'enroulèrent les cheveux. La traction brutale de la machine arracha d'un seul coup tout le cuir chevelu sauf la partie occipitale qui put être épargnée.

L'ouvrière amenée à l'hôpital St-Sauveur, je pus constater ce qui suit :

La ligne d'arrachement partait de 3 centimètres au dessus et en arrière de l'oreille droite. De là elle gagnait la commissure de l'orbite, passait sous le sourcil droit et sur la racine du nez. Elle continuait sous le sourcil gauche, traversait la tempe où elle se bifurquait en deux plaies, l'une se dirigeant vers le tragus, l'autre passant derrière l'oreille pour arriver jusqu'au dessous de la région mastoïdienne.

Tout le cuir chevelu pendait sur la nuque à la façon d'un capuchon, sillonné de trois grandes plaies de 4 à 5 centimètres faites, paraît-il, au moment où, pour délivrer la malheureuse femme, on avait dégagé le cuir chevelu de l'arbre de couche autour duquel il était enroulé. Le périoste et le crâne étaient intacts, sauf à la région frontale où le périoste était déchiré triangulairement sur un espace de 3 à 4 centimètres carrés. Je fis le rasage du cuir chevelu, et la désinfection sur les deux faces aussi complète que possible.

La suture faite à l'aide de griffes de Michel fit une coaptation parfaite. Le crin de Florence ne fut employé qu'à la base du nez et sur les entailles supérieures du cuir chevelu.

J'assurai le drainage par trois drains qui partant du sommet du crâne se dirigeaient l'un vers la nuque, les deux autres vers les parties postérieures des oreilles.

La réunion fut rapide ; dix-huit jours après l'accident, toutes les plaies étaient cicatrisées.

Il est à remarquer, que dans les grands traumatismes du genre de celui-ci, la douleur et l'hémorragie sont pour ainsi dire nulles. Dans le cas présent la malade souffrait même si peu, que pour faire les sutures, il n'a pas été besoin de chloroforme.

Le shock lui-même a été en somme peu grave et n'a en tous cas, influé en aucune façon sur la grossesse pourtant avancée. Cette dernière s'est normalement continuée et la blessée doit accoucher sous peu à terme.

M. **Gaudier** a vu pareil accident chez un sujet qui vint à l'hôpital quatre jours après l'accident. Les lambeaux ayant été rapprochés sans antisepsie préalable, il se fit une suppuration d'une horrible fétidité, suppuration qui eut pu faire croire à une ostéomyélite des os du crâne.

M. **Noquet** a vu, en 1875, dans le service de M. HOUZÉ DE L'AULNOIT, à l'hôpital Saint-Sauveur, un cas analogue. Dans ce cas, le cuir chevelu avait été complètement enlevé sur une grande étendue et la réunion n'avait pu être faite.

Hernie inguinale de la trompe droite kystique (hématome), chez une petite fille de trois mois. — Intervention. — Guérison.

M. **Gaudier**.— Il s'agit d'un enfant de trois mois, présentant depuis sa naissance, au niveau de la partie interne du pli de l'aine, une petite grosseur du volume d'une amande, et qui depuis dix jours avait augmenté de volume sans douleurs et acquis les dimensions d'un œuf de poule ; pas d'état général ; pas d'arrêt de matières, pas de vomissement. En raison du siège de la tumeur, de sa forme, de sa rénitence, de sa mobilité sur un pédicule s'enfonçant dans le trajet inguinal, on pense à une hernie congénitale de l'ovaire et de la trompe, et peut-être plus.

Opération par une incision transversale très haute, la tumeur est mobilisée, d'aspect bleu noirâtre ; incision ; hernie d'un volumineux hématome moulé dans une poche kystique dont le fond contient une petite masse qui est l'ovaire, et le pavillon de la trompe (Examens histologiques par le Dr DEBEYRE), suture, sans drainage, pansement au taffetas d'Angleterre. Guérison en sept jours.

Danger de l'acide phénique dans les interventions chirurgicales.

M. **Dubar** (d'Armentières) s'inspire de l'intéressante communication faite à la dernière séance par M. le professeur CARLIER, pour faire remarquer le danger que peut susciter l'emploi d'un antiseptique violent, l'acide phénique par exemple, dans les interventions chirurgicales.

M. **Carlier** n'ignore pas les ennuis que cause l'usage de l'acide phénique, mais il juge qu'en chirurgie urinaire et particulièrement dans la ponction sus-pubienne le danger est négligeable, s'il n'y a pas pollution du péritoine par une urine septique.

M. **J. Colle** n'hésite pas à se servir de l'acide phénique fort pour toucher un moignon péritonéal.

Difficultés du diagnostic entre l'hématomyélie et la myélite transverse aiguë accompagnée de dissociation syringomyélique des sensibilités.

M. **Ingelrans**. — A la fin d'août, M. le professeur Carlier reçut dans son service un homme d'une quarantaine d'années ayant une rétention complète d'urine et une constipation absolue. Un jour après son entrée, le malade se paralysa complètement des deux membres inférieurs : il se fit de l'œdème des pieds, de l'œdème lombaire très accentué, puis une eschare sacrée qui devint très importante. M. CARLIER voulut bien envoyer ce malade dans le service de clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur, dont je suis chargé en ce moment.

L'examen du malade montre une intégrité absolue des membres supérieurs et des organes des sens, une paraplégie flasque complète avec abolition des réflexes rotuliens, conservation du réflexe crémastérien, signe de Babinski transitoire ; rétention d'urine totale qui nécessita des cathétérismes répétés, lesquels furent suivis de cystite, eschare sacrée. Le membre inférieur droit a toutes ses sensibilités (tact, douleur, température) conservées, mais au membre inférieur gauche et à la région abdominale inférieure et inguinale gauches, sur toute l'étendue du tégument, le tact étant parfaitement conservé, la dissociation syringomyélique des sensibilités est parfaite, la douleur et la température ne sont absolument pas perçues. Pas de signe d'Argyll-Robertson.

N'ayant relevé dans l'histoire du malade que des douleurs en ceinture les quelques jours qui précédèrent sa rétention d'urine et sa paraplégie, des fièvres intermittentes dans un passé lointain, aucune trace de syphilis et surtout me trouvant en face d'une paraplégie crurale assez brusque avec dissociation syringomyélique des plus nettes, comme il s'agissait d'un homme de peine, faisant des efforts continuels et des plus violents, portant de très lourds fardeaux, je m'arrêtai à l'idée d'une hématomyélie. Une lésion de la substance grise expliquait bien la thermoanesthésie. L'unilatéralité des troubles sensitifs est loin d'être impossible dans l'hématomyélie. Dans celle-ci, on voit quelquefois des douleurs dans le dos quelques jours avant l'apparition des symptômes. Ces derniers peuvent ne pas apparaître tous à la fois, les troubles sphinctériens précédant parfois la paraplégie. Enfin l'amyotrophie n'apparaît que dans la suite et ne peut naturellement s'observer au début Elle peut même ne jamais survenir si les cornes antérieures sont restées indemnes. Tout faisait croire à une hémorragie médullaire.

Le malade resta quelques jours en observation et sans autre traitement que celui de son eschare et de sa cystite. Au début de septembre, dans l'ignorance où j'étais des causes du mal, je me décidai à instituer le traitement antisyphilitique par injections mercurielles. Le jour même où l'on fit la première piqûre à la cuisse gauche, on s'aperçut que le malade sentait cette piqûre qui n'était pas perçue la veille : la thermoanesthésie avait disparu avant toute injection mercurielle. Depuis lors, le calomel a continué à être injecté : le malade marche, sa vessie commence à fonctionner, l'état est extrêmement meilleur, la guérison est en train de s'opérer, tout au moins une presque-guérison. Les réflexes rotuliens sont exagérés, — pas de clonus du pied, — signe de Babinski bilatéral. — Je ne puis dire si le traitement mercuriel y est pour quelque chose, car la dissociation syringomyélique avait disparu avant tout traitement et peut-être la motilité serait-elle revenue spontanément. Mon impression est pourtant que c'est la thérapeutique qui a donné les résultats importants signalés plus haut.

Mais ce n'était probablement pas une hématomyélie. On peut certes voir l'hématomylie s'améliorer et bien

des symptômes disparaître, mais je ferai remarquer que l'atrophie musculaire n'est apparue à aucun degré. Elle peut à la rigueur faire défaut, mais ne peut on abandonner le diagnostic d'hématomyélie et penser à une myélite transverse aiguë, peut-être syphilitique ?

Les douleurs en ceinture du début auraient été causées par la méningite spinale prodromique. Le réflexe crémastérien était conservé parce qu'il passe par les deux premiers segments lombaires, par conséquent au-dessus de la lésion médullaire, quelle qu'elle soit. Le reste s'explique aussi ; mais pourquoi cette dissociation syringomyélique si nette sur tout un membre inférieur et la région ventrale inférieure correspondante ?

MM. Déjerine et Thomas écrivent que dans la myélite par artérite la dissociation de la sensibilité a été parfois signalée, mais qu'elle est moins nette et à limites moins tranchées que dans l'hématomyélie. Je crois que cette affirmation ne peut suffire à faire écarter absolument le diagnostic de myélite dans le cas actuel.

Etant donné que l'amyotrophie consécutive aux hémorragies médullaires ne se produit que tardivement et peut même faire totalement défaut, dans les formes centrales, on voit que le diagnostic peut être impossible dans certains cas entre l'hémorragie de la moelle et la myélite transverse. La ponction lombaire ne saurait même trancher la question car dans ces cas, si on est en face d'une myélite syphilitique, elle est à prédominance centrale, puisque la substance grise est tellement touchée que la dissociation des sensibilités apparaît : or, quand la myélite syphilitique est purement centrale, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien peut manquer.

On décrit dans les classiques la dissociation des sensibilités dans les myélites transverses : mais je répète qu'on ajoute qu'elle n'a pas la netteté de celle de l'hématomyélie : ici, cette dissociation était parfaite. Dans des myélites comportant le symptôme de dissociation des sensibilités, il faut admettre que la substance grise est plus atteinte que tout le reste ou que sa vulnérabilité est plus grande, les cordons postérieurs offrant une résistance plus marquée aux agents vulnérants expérimentaux ou pathologiques.

Au demeurant, il n'y a point lieu d'être surpris de la similitude des symptômes de l'hématomyélie et de la myélite aiguë centrale, puisque le processus est rapide dans les deux cas, siège aux mêmes points du névraxe et que peu importe au point de vue sémiologique que ce soit une hémorragie primitive ou une inflammation avec congestion ou ramollissement qui ait lésé la substance grise, d'autant que la myélite aiguë s'accompagne elle-même souvent d'hémorragie et peut devenir une cause directe d'hématomyélie. (On prétendait même naguère que toute hématomyélie dépendait d'une myélite). Ce que je dis ici, qui s'applique à la myélite aiguë en général, s'applique aussi à la myélite syphilitique où on trouve une aussi profonde désorganisation de la substance grise que dans n'importe quelle autre variété d'inflammation médullaire. Je rappelle en passant les trois cas d'hématomyélies secondaires dans la syphilis spinale, publiés par Siemerling en 1891 (*Archiv fur Psychiatrie*) et celui de Williamson en 1894 (*Lancet*, 7 juillet).

La grande différenee entre l'hématomyélie et la myélite aiguë centrale c'est que la première détruit pour toujours, tandis que la myélite même très accusée, peut ne produire que des lésions relativement réparables.

Dans l'hypothèse où mon malade aurait une myélite aiguë non syphilitique et où le mercure ne devrait pas être mis en jeu dans une amélioration qu'on regarderait comme spontanée, je ferai remarquer que la marche vers la guérison de cette myélite grave avec eschare et paraplégie absolue vient corroborer les remarques faites par Semerad (Congrès des médecins tchèques, Prague, 1901) et par Krever (Vratch., 1900) sur la guérison possible des myélites transverses aiguës, malgré la présence des symptômes les plus graves. D'ailleurs les expériences de Goltz sur des chiens montrent que même la section complète de la moelle avec eschares n'est pas un obstacle absolu à la régénération. La myélite transverse aiguë peut donc simuler l'hématomyélie. Cette affirmation n'est pas nouvelle. Stull, Williamson (*The Lancet*, 1893), Jaccoud (*Semaine médicale*, 1897) l'ont déjà établi : le malade étudié ici confirme ces observations. La température même ne peut servir à une distinction: il y a des hématomyélies avec hyperthermie et des myélites aiguës sans fièvre. Il faut s'en tenir à ce que dit Lépine : « Sans vérification anatomique, il n'y a, pour les hématomyélies, que des diagnostics de probabilité. »

Indications et résultats du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie

M. **Carlier**, — Les tumeurs ne la vessie présentent une physionomie clinique bien différente suivant qu'il s'agit de tumeurs bénignes, dites papillomes, ou de tumeurs malignes. J'ai observé soixante cas de tumeurs vésicales, les papillomes figurent dans une proportion de 25 %.

En principe, on peut établir qu'on doit opérer toutes les tumeurs plus ou moins pédiculées ou pédiculisables de la vessie, non pas que cette conformation du néoplasme soit un indice de sa bénignité, car beaucoup d'épithéliomas présentent ces caractères, mais parce que toute tumeur se présentant sous cet aspect laisse entrevoir la possibilité d'une opération sinon toujours radicale, du moins dont le malade bénéficiera pendant un temps variable. En effet, le papillome le plus typique peut récidiver sous forme d'épithélioma.

Je suis intervenu cinquante fois sur quarante-cinq

malades, dont quarante-deux du sexe masculin et trois seulement du sexe féminin. Il faut noter cette disproportion entre les deux sexes qui a certainement son importance au point de vue de la pathogénie des tumeurs de la vessie.

J'ai opéré dix malades atteints de papillomes simples, sans récidive, dans un laps de temps variable de quatre mois à sept ans. Dans ces cas, l'opération s'impose et est toujours bénigne.

La conduite à tenir est toute différente pour les tumeurs malignes. Les tumeurs d'un certain volume, sessiles, dures et ayant franchement infiltré les parois de la vessie, ne bénéficient pas d'une chirurgie active, car la récidive locale et ganglionnaire est fatale dans un délai très court. Une simple fistulisation hypogastrique de la vessie pourrait être utile en cas d'acuité des douleurs ou de gravité des hématuries.

La cystectomie partielle ne met pas à l'abri de la récidive et donne une mortalité assez élevée.

Je ne suis pas partisan de la cystectomie totale que je n'ai pratiquée qu'une seule fois, mon malade est mort le troisième jour. La difficulté réside dans le mode de transplantation des uretères dans l'intestin, ou dans le vagin ou l'urètre.

J'ai toujours employé la taille hypogastrique verticale, sans recourir ni à la symphyséotomie ni à une résection partielle du pubis. J'ai eu recours, dans six cas seulement, à la suture totale de la vessie, qu'il ne faut employer que si l'on est absolument sûr d'une parfaite hémostase.

Mes résultats opératoires sont les suivants : sur cinquante interventions, j'ai eu cinq morts, soit une mortalité de 10 %.

J'ai indiqué mes heureux résultats pour les tumeurs bénignes, mais tous les malades que j'ai opérés pour cancer sont morts dans un délai variable de trois mois à deux ans. Il faut donc être très réservé dans la chirurgie du cancer de la vessie puisqu'elle donne de si déplorables résultats. (*A suivre*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

On signale le fait assez curieux que le nombre des étudiants en médecine tend à diminuer non pas seulement en France, mais d'une façon générale en Europe et en Amérique. En France, le nombre des étudiants en médecine, qui était en 1895 de 7,779, n'est plus en 1905 que de 6,763.

Aux États-Unis la diminution semble être encore plus rapide. On y comptait en 1904 28,142 étudiants ; on n'en compte plus, cette dernière année scolaire, que 26,147. Les facultés homœopathes sont les plus éprouvées : elles comptaient 1,509 étudiants en 1900 et 1,104 en 1905.

En Allemagne, le nombre total des étudiants, qui n'avait cessé de progresser de 1858 à 1888, passant de 2,054 à 8,513, décroît rapidement depuis lors : en 1903 il était de 6,232. (*Le Temps*).

Le *Mémorial de la librairie* publie, d'après la *Revue de statistique*, les renseignements suivants :

Le nombre total des *étudiants en médecine* est en 1905 de 8,184 (7,459 — 7,434), dont 7,504 hommes (6,934 — 6,995) et 680 femmes (525 — 439). Sur le nombre on compte 7.571 Français (6,520 — 6,562) et 613 étrangers (414 — 433).

La progression du nombre total des étudiants recommence, après un léger stationnement l'année dernière. L'augmentation sur 1904 est de 725. Il y a 155 femmes et 199 étrangers de plus.

L'ordre des facultés de médecine pour le nombre des élèves est le suivant : Paris 3,459, Lyon 903, Bordeaux 720, Montpellier 540, Toulouse 432, Lille 274 et Nancy 273. Le nombre des candidats aux diplômes universitaires (106) et des étrangers et étrangères (175) à l'Université de Montpellier montrent bien que sa vieille réputation lui reste, et lui retient des élèves après Paris, comme Nancy attire à la Faculté des sciences par son modernisme tous les esprits à tendances industrielles.

Les facultés ont une population totale de 6,601 étudiants, contre 1,583 aux écoles.

Pour les écoles, l'ordre est : Marseille 218, Rennes 161, Nantes 145, Alger 107, Limoges 91, Angers 86, Reims 73, Rouen 70, etc. Les moins populeuses sont Dijon 34 et Caen 28. (*Gazette des hôpitaux*).

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le *Journal Officiel* du 16 novembre 1905 publie le **tableau du mouvement de la population** pendant l'année 1904. Nous en extrayons les chiffres suivants :

Départements	Population dénombrement de 1901	Mariages	Divorces	Naissances	Décès
Nord	1.866.994	15.938	518	47.156	34.911
Pas-de-Calais	955.391	8.111	210	29.394	18.692
Somme	537.848	4.135	181	10.734	11.308
Aisne	535.583	4.172	256	11.715	11.376
Ardennes	315.589	2.613	124	6.501	6.161

— Par **arrêtés ministériels** en date du 11 novembre 1905 : 1° M. le docteur PATOIR, agrégé près la Faculté, est nommé en outre, pendant l'année scolaire 1905-1906, chef des travaux pratiques de médecine légale à ladite Faculté (emploi nouveau) ; 2° M. le docteur RAVIART, médecin adjoint de l'Asile d'aliénés d'Armentières, est chargé pendant l'année scolaire 1905-1906 du cours complémentaire théorique et pratique de médecine mentale à la Faculté.

— Par **arrêtés rectoraux** des 25 et 30 octobre 1905 : M. GAEHLINGER Henri, étudiant en médecine, est nommé aide préparateur de thérapeutique en remplacement de M. PETIT, démissionnaire. — M. DUQUÉNOY, Alfred, étudiant

en pharmacie, est nommé aide-préparateur de pharmacie, en remplacement de M. PAYEN, démissionnaire.

— Par **décision ministérielle,** les médecins aides-majors de deuxième classe, élèves sortants de l'École d'application du service de santé militaire dont les noms suivent ont reçu affectation dans notre région. MM. les docteurs REYNAUD, RUDLER et TRÈVES à l'hôpital militaire de Lille; GUILLOIS, au 1er d'infanterie, à Cambrai.

— Au nombre des **mutations dans le corps de santé militaire,** nous relevons les suivantes qui intéressent notre région. M. le médecin-major de 1re classe MANOHA, secrétaire de la direction du service de santé du 1er corps, est désigné comme secrétaire de la section technique du service de santé à Paris, M. le docteur BAR, médecin-major de 2e classe, est désigné pour le remplacer à Lille.

— Le ministre de la guerre a conféré les **récompenses honorifiques** suivantes pour les soins donnés gratuitement aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles. Une *lettre d'éloges officiels* à MM. les docteurs OGER, de Desvres (Pas-de-Calais) ; SOUILLARD, de Bruay (Pas-de-Calais) ; LAMY, de Frévent (Pas-de-Calais); MONIER, de Sains-Richaumont (Aisne) ; ROISIN, de Crèvecœur-le-Grand (Pas-de-Calais). — Une *médaille de bronze* à MM. les docteurs OUDAR, de Guines (Pas-de-Calais); THIÉRY, d'Orchies (Nord); BRESSELLES, d'Oisy-le-Verger (Pas-de-Calais); BARTHÉLÉMY, de Braisne (Aisne). — Une *médaille d'argent* à MM. les docteurs STOPIN, de Desvres (Pas-de-Calais) ; LEGRAND, de La Bassée (Nord); VERRIER, de Molliens-Vidame (Somme). LEQUIBIN, d'Oisemont (Somme). — Une *médaille de vermeil* à MM. les docteurs BRABANT, de Somain (Nord); VERMULLEN, de Bergues (Nord); BRONCQUART, de Lumbres (Pas-de-Calais).

Notre Carnet

Le docteur Fernand KNOLL, de Sedan, nous fait part de la naissance de son fils Pierre. Nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs LEROND, de Vigneulles (Meuse); LASALLE, de Lormont (Gironde).

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

45e SEMAINE DU 5 AU 11 NOVEMBRE 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	3	3
3 mois à un an	5	6
1 an à 2 ans	1	2
2 à 5 ans	1	2
5 à 20 ans	2	2
20 à 60 ans	15	13
60 ans et au-dessus	10	20
Total	37	48

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Erysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	»	1	»	1	1	1	3	»	»	1	»	»	»	»	»	4	13	9
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	1	»	3	2	»	1	»	»	»	»	5	14	14
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	5	»	»	2	»	1	»	»	»	1	2	»	»	»	»	»	1	12	15
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	»	»	»	4	4
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	3	2	»	3	»	»	»	»	»	3	14	7
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	1	2	»	»	1	»	»	»	»	»	2	9	13
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	4
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	1	»	»	2	»	»	»	»	»	4	9	8
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2	4
Total	1	»	»	»	»	12	»	2	4	2	3	6	9	5	5	11	1	»	1	»	»	20	82	85

N° 463. Neuvième Année. N° 48 Le Numéro : 10 centimes 26 Novembre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos d'un cas de parotidite iodurée unilatérale

par **G. Horel,** externe des hôpitaux.

On sait que l'iode et les iodures dont la place est si grande aujourd'hui en thérapeutique, peuvent produire dans l'organisme de nombreux troubles. Ces troubles réunis sous le nom d'iodisme, dépendent le plus souvent d'une viciation de fonctions des glandes de l'économie et plus particulièrement des glandes salivaires.

Ayant observé cet hiver, dans le service de M. le professeur Combemale, quelques cas d'iodisme, dont un particulièrement intéressant, puisque, comme nous le verrons dans l'observation ci-dessous, la parotidite resta isolée au côté droit contrairement aux faits communs, nous les avons mis à profit pour passer rapidement en revue la question, étudier sommairement l'affinité des glandes salivaires pour l'iode, réviser encore les causes invoquées de l'iodisme, et rechercher enfin l'explication de l'unilatéralité observée dans le cas que nous rapportons aujourd'hui.

Observation. — X.., cinquante-deux ans, peigneur de lin, entre en février 1905 dans le service de M. le professeur Combemale, parce qu'il tousse tous les hivers. Après avoir porté le diagnostic d'emphysème et de bronchite spéciale aux ouvriers liniers, on soumet le malade au traitement ioduré à la dose de trois grammes par jour.

Dès le lendemain, le malade éprouve une certaine difficulté à mastiquer ses aliments, sa salive a déjà une saveur métallique. Au jour suivant, cet homme nous montre pendant la visite, une tuméfaction de la région cervicale du côté droit, dont il souffre beaucoup.

A l'examen pratiqué avec M. Looten, interne du service, nous trouvons la parotide droite considérablement augmentée de volume. La glande qui distend sa loge aponévrotique déborde en arrière l'apophyse mastoïde et le sterno cleido-mastoïdien, ses limites normales ; de même l'extrémité inférieure dépasse d'un travers de doigt l'angle de la mâchoire au niveau duquel elle est refoulée par la cloison sous-maxillo-parotidienne. Le bord antérieur et l'extrémité supérieure de la glande n'ont pas été déplacés. Dans l'épaisseur de la joue, on sent le canal de Sténon rouler sous le doigt, donnant une sensation que nous ne pouvons mieux comparer qu'à celle obtenue en palpant un urèthre cordé dans la blennorrhagie.

Poursuivant notre examen nous trouvons la glande sous-maxillaire du côté droit un peu augmentée, les

deux glandes sublinguales enflammées font saillie sur le plancher buccal. Du côté gauche, parotide et sous-maxillaire ne semblent pas touchées. Elles ont gardé leur forme normale et ne sont pas douloureuses à la pression, le canal de Sténon est normal de ce côté. La salivation est abondante, à saveur métallique, la langue fébrile, l'haleine fétide, le pharynx est rouge. La mastication, déjà imparfaite par suite d'une dentition des plus défectueuses, est presqu'impossible. Nous notons aussi de l'enchifrènement, de la céphalalgie, une augmentation de température peu appréciable. L'ensemble de ces phénomènes, la brusque apparition de cette inflammation, enfin l'absence absolue d'antécédents chez notre malade, nous font incriminer à bon droit l'iodisme ; on suspend immédiatement la médication iodurée. Les jours suivants, la température s'élève, la parotide droite augmente encore de volume, on note un peu de fluctuation. En présence de cette terminaison par suppuration, fait de la parotidite phlegmoneuse, on propose au malade une intervention chirurgicale ; il l'accepte et, huit jours après, il sort de l'hôpital guéri. Le pus n'a pas été étudié au point de vue bactériologique.

C'est en 1820 que, pour la première fois, COINDET employa l'iode comme agent thérapeutique ; il ne tarda pas d'ailleurs à en connaître les méfaits. Puis HUFELAND en 1824, BARBIER d'Amiens en 1825, JAHN en 1829, CULLERIER en 1847 signalent des accidents iodo-iodurés. Quelques années plus tard, Claude BERNARD dans son magnifique *traité de physiologie opératoire* (1859) démontre l'affinité des glandes salivaires pour l'iode. Il faut toutefois arriver en 1887 pour trouver la première observation typique de parotidite iodurée ; elle est due à VILLARS : c'est un cas de parotidite bilatérale dont le début survint cinq heures après l'absorption de trois grammes d'iodure de potassium et dont la résolution fut rapide. Quelque temps après RÉGNIER et, Miss BRADDLEY dans sa thèse (Paris 1887), traitent de l'iodisme et citent tous deux quelques cas de parotidite iodurée unilatérale.

En 1896, BRIQUET, d'Armentières, reprend la question de l'iodisme ; l'année suivante COMBY traite des parotidites toxiques. DANLOS, en 1898, et la même année RAMONET dans sa thèse (Paris 1895), tout récemment enfin RISPAL (Toulouse 1902) ont apporté leur contribution à l'étude de l'iodisme des glandes salivaires.

Quel est donc le résultat des recherches de ces auteurs ? Les physiologistes qui ont étudié la question se sont surtout occupés d'envisager le mode d'élimination de l'iode par les glandes salivaires.

CLAUDE BERNARD le premier nous montre avec quelle rapidité l'iode s'élimine bien avant toutes les autres substances. « On ouvre, dit-il, la veine crurale d'un chien, on y injecte cinq centimètres cubes d'une solution au 1/100 de prussiate jaune de potasse et une même quantité d'iodure de potassium. L'iodure de potassium apparaît instantanément dans la salive de l'animal alors qu'il est impossible de déceler la plus petite quantité de ferrocyanure. Par contre on constate la présence de cette dernière substance dans l'urine, ce qui est une preuve de la pénétration du ferrocyanure dans l'économie, bien que les glandes salivaires se refusent à l'éliminer ». Et si l'on retrouve des traces d'iode dans la salive durant des semaines entières alors que le malade ne prend plus ce médicament, c'est que, nous dit CLAUDE BERNARD, « dans l'organisme l'iode se meut comme dans un cercle. Il passe dans la salive en vertu de l'affinité élective des glandes, mais l'animal continuant à avaler sa salive, imprégnée qu'elle est de ce corps, en absorbe de nouvelles quantités. »

Dans une autre expérience enfin le savant physiologiste nous montre combien le cycle est complet. Ayant injecté dans le conduit parotidien d'un cheval une solution au 1/100 d'iodure de potassium, il lie le conduit au-dessus de la canule et retrouve immédiatement l'iodure de potassium dans la sécrétion parotidienne du côté opposé. Donc après avoir traversé toute l'étendue du système circulatoire, la substance injectée a été de nouveau éliminée par les glandes dans un espace de temps incroyablement court. Et ainsi le passage de l'iodure s'effectue non seulement de la circulation sanguine vers la cavité acineuse, mais encore de dedans en dehors, c'est-à-dire de la cavité acineuse vers la circulation sanguine (RAMONET). Retenons de ces expériences les faits suivants :

α) La rapidité extraordinaire des phénomènes d'inflammation des glandes salivaires, — Miss BRADDLEY, dans sa thèse, cite un cas d'iodisme où l'on constata l'inflammation des glandes salivaires six minutes après l'absorption de trois grammes d'iodure).

β) La persistance de l'intoxication alors que le malade ne prend plus d'iode, — RAMONET a décelé la présence de ce corps dans la salive d'un malade chez qui on avait suspendu le traitement ioduré depuis plus de trois semaines.

Les hypothèses émises pour expliquer les causes de l'iodisme sont nombreuses, par contre bien peu sont satisfaisantes. Examinons-les rapidement. Tout d'abord l'iodisme n'est-il pas dû aux impuretés que

peut contenir le médicament ? Il faut écarter cette opinion puisque l'on n'observe d'intoxication que chez certains malades et non chez tous ; de plus ces impuretés (acide iodique, iodates) toujours minimes grâce à la parfaite fabrication du médicament, ont été absorbées par certains malades sans inconvénient. Ajoutons que l'iodure de potassium semble donner plus d'accidents que l'iodure de sodium.

Certains auteurs ont encore prétendu que les causes de l'iodisme résident uniquement dans la question de doses. Le professeur FOURNIER dans son « *Traitement de la syphiis* » considère les doses faibles comme beaucoup plus nocives que les doses fortes (1897). BRIQUET d'Armentières, au contraire, conclut que plus la dose est élevée et plus on court le risque d'une intoxication. Quelle que soit l'opinion des auteurs à ce sujet, il est très vraisemblable que le quotient quantitatif ne résume point en lui seul la cause de l'iodisme. Chez notre malade la dose de trois grammes d'iodure de potassium a provoqué des phénomènes d'iodisme ; chez un autre emphysémateux de la clinique, une dose de 0 gr. 25 d'iodure de potassium donna les mêmes accidents iodurés.

Supposer que tous ces phénomènes d'iodisme soient dus au degré de tolérance du malade paraît plus exact, et, dès lors, l'idiosyncrasie a été mise en cause. Malheureusement, comme le dit RAMONET, ce terme cache notre ignorance et ne nous explique rien. Citons aussi pour mémoire la théorie très contestée de KUSS qui veut trouver la cause de l'iodisme dans l'état du pouls. Certains auteurs ont voulu incriminer l'influence du système nerveux et de l'estomac, pour d'autres ce serait l'acidité naturelle des sécrétions, en particulier l'hyperacidité gastrique qui favoriserait la décomposition secondaire de l'iodure. Aussi donne-t-on parfois l'iodure de potassium enrobé dans une capsule de gluten qui ne se désagrège que dans l'intestin et annule de cette façon l'action possible des sécrétions gastriques. Enfin d'autres auteurs trouvent la cause de l'iodisme dans une élimination défectueuse due à l'imperméabilité rénale.

Quant aux raisons à invoquer pour expliquer la localisation aux glandes salivaires, RAMONET prétend que l'état de la bouche et des dents influe considérablement sur la production de l'iodisme. Il y aurait là une infection ascendante des conduits salivaires qui se produirait d'autant plus facilement que leur orifice plonge dans un milieu infecté.

Les différents cas d'iodisme salivaire observés dans la clinique médicale de la Charité confirment pleinement cette hypothèse. Tous les malades, en effet, chez qui nous eûmes à constater une intoxication par l'iode, avaient tous sans exception une dentition des plus défectueuses, alors que d'autres, dont l'état de la bouche et des dents était satisfaisant, purent continuer le traitement ioduré sans inconvénients.

Le diagnostic différentiel de la parotidite iodurée unilatérale a été très discuté, l'existence de cette dernière a même été niée par beaucoup d'auteurs : d'ailleurs elle est assez rare puisque nous n'en avons trouvé que quelques cas dans la littérature médicale. L'observation des deux malades de REGNIER, reprise la même année par Miss BRADDLEY (1887), fut particulièrement contestée par RAMONET. Celui-ci ne prétendit voir dans cette localisation que de l'adénite aiguë de la région parotidienne. Voici d'ailleurs quelles étaient ses conclusions à ce sujet :

α) Une intoxication généralisée porte son action sur des organes symétriques.

β) Les deux malades de Miss BRADDLEY auraient présenté antérieurement des adénites scrofuleuses.

γ) Il ne fut point fait mention dans ces deux cas des symptômes concomitants de l'iodisme (coryza), conjonctivite, acné, etc.

δ) Le seul argument qu'on pourrait invoquer en leur faveur c'est l'amélioration observée après la suppression du traitement ioduré.

Cette argumentation, si précise soit-elle en apparence, n'est point cependant des plus exacte, surtout si nous l'appliquons à notre observation relatée plus haut.

a) Tout d'abord une intoxication généralisée ne porte pas toujours ses actions sur des organes symétriques. Nous pouvons même aller plus loin et affirmer que toutes les localisations toxiques qui tirent leur origine d'une infection exogène n'ont pas plus de siège de prédilection que celles qui tirent leur origine d'une infection endogène. Nous n'en donnerons pour preuve dans la première catégorie que l'exemple des paralysies diphtériques où l'on peut rencontrer les types les plus variés (thèse de BABONNEIX, Paris 1904). Dans la deuxième catégorie nous pouvons prendre l'exemple des manifestations goutteuses qui revêtent les formes les plus diverses en fuyant semble-t-il leur siège de prédilection.

b) Si les deux sujets de Miss BRADDLEY avaient

présenté antérieurement de l'adénite scrofuleuse, notre malade n'avait rien dans ses antécédents ni personnels ni héréditaires, ni collatéraux qui puisse nous faire écarter le diagnostic d'infection iodurée unilatérale.

c) Chez ce malade nous avons observé tous les signes de l'iodisme : coryza, éternuement, douleur angineuse, salive à saveur salée comme métallique, (Fournier) fétidité de l'haleine, céphalalgie violente ; tels furent les symptômes qui accompagnèrent l'hypertrophie de la parotide droite.

d) Enfin notre malade par contre n'a pas été amélioré après la suppression de la médication ; bien mieux une parotidite phlegmoneuse en fut la terminaison.

Il ne faut voir là, à notre avis, qu'une simple infection surajoutée. L'iode avait irrité et produit une inflammation de la parotide et du canal de Sténon. Ce dernier, plongeant dans un milieu infecté (comme nous l'avons dit plus haut) était singulièrement apte à s'infecter lui-même d'abord, et à charrier ensuite l'infection jusque dans les acini de la glande, déterminant ainsi une véritable parotidite phlegmoneuse.

Nous conclurons cette très rapide revue en disant que la parotidite iodurée unilatérale, quoique rare, peut cependant se rencontrer. Nous admettrons avec Ramonet que dans le cas que nous avons rapporté ici, les accidents inflammatoires furent provoqués par l'iode et que la cause continuatrice de l'affection fut l'infection surajoutée.

Consultations Médico-Chirurgicales

Tics [1]

Professeur agrégé Ingelrans.

INFORMATIONS CLINIQUES. — **I.** Un enfant de huit à dix ans, de souche neuro-arthritique, fils d'un goutteux et d'une neurasthénique, ayant eu des terreurs nocturnes dans la première enfance, d'intelligence développée mais de sensibilité excessive et de volonté médiocre, commence un beau jour à faire des grimaces du visage et à secouer la tête d'une façon ridicule. Un autre renifle, un troisième hausse les épaules. La volonté n'y peut rien, si ce n'est pendant les courts instants où le malade a peur ou bien se sent observé ; il refrène alors ses gestes absurdes et répétés, sauf à liquider son arriéré dans les minutes qui vont suivre en laissant alors aller la bride à son besoin morbide de mouvements stéréotypés, impérieux et indéfiniment réitérés, excepté pendant les périodes de sommeil où tout s'arrête. De tels malades sont des tiqueurs : il y a de *grands tics* et de *petits tics*, il en est qui disparaissent pour faire place à d'autres, il en est qui s'implantent sans se modifier. On rencontre des tics des membres, des paupières, du nez, des lèvres, du cou, du tronc, des sphincters, etc. Leur nature est toujours la même, leurs modalités sont infiniment variables. Ils disparaissent lors de l'adolescence ou, au contraire, persistent à l'âge adulte. C'est affaire de terrain et de thérapeutique.

II. Un garçon ou une fille d'une dizaine d'années présentent des tics de la face du genre de ceux qu'on vient de voir. Quelquefois, avec les secousses du visage, des bruits laryngés expiratoires se font entendre. Plus tard, le tic gagne les épaules et les bras : l'enfant porte le tronc à droite ou à gauche, frappe du pied, pousse un petit cri inarticulé. Tout peut en rester là : mais les tics ne s'améliorent pas chez ces jeunes enfants : quelques mois, quelques années se passent et un moment vient où le cri inarticulé est remplacé par une exclamation ou une phrase brève, de signification ordurière. Ces mots sont émis à haute voix, sans aucune retenue : une impulsion irrésistible pousse le sujet à les proférer : c'est de la *coprolalie*. Parfois, on note en outre de l'*écholalie*, c'est-à-dire une tendance à répéter les derniers mots entendus. Cette singulière modalité des tics avec accompagnement d'interjections à caractère scatologique, c'est la *maladie des tics* de Gilles de la Tourette. Cette forme clinique aboutit à la généralisation des accidents convulsifs ; c'est le degré le plus élevé qu'ils puissent atteindre, c'est l'apogée du tic (Meige).

III. Une jeune fille d'une vingtaine d'années, née de père alcoolique et de mère hystérique, — un adulte migraineux menant une existence à secousses et à excès de toute sorte, — un sujet paraissant sain, mais fils d'aliéné, sont pris progressivement d'une espèce de torticolis particulière. Ils tournent la tête, comme pour regarder de côté, par une secousse brusque qui recommence l'instant d'après ; ou bien, ils maintiennent pendant des heures leur tête tournée et inclinée sur l'épaule par une contraction tonique permanente. Ils se plaignent de gêne et de tension dans les muscles du cou ; mais ils ne cessent de tiquer de la sorte. C'est la variété si curieuse qu'on a dénommée le *torticolis mental*.

Dans ce torticolis mental, le malade peut corriger immédiatement et complètement son tic par un procédé de son choix, par un geste que Meige appelle le geste antagoniste efficace. Ainsi, un malade dont la tête se tourne irrésistiblement la redresse aussitôt en posant

(1) Nous avons fait de nombreux emprunts pour la rédaction de cet article à l'ouvrage fondamental de Meige et Feindel.

son doigt sur le menton et la tête restera droite tant que le doigt ne sera pas retiré. Le torticolis mental est un des tics les plus tenaces ; il peut persister dix, quinze ans et plus.

IV. Un tiqueur d'une autre catégorie pourra offrir de l'aérophagie : il aura des spasmes musculaires provoquant alternativement la déglutition et l'expulsion d'une certaine quantité d'air. Cet air va dans le pharynx, dans l'œsophage et quelquefois dans l'estomac : c'est le *tic aérophagique*.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — On pourrait multiplier à l'infini les exemples de tics. Tous sont des psychonévroses, des cérébropathies psychomotrices ; le trouble mental qui permet la production d'un tic est une imperfection de la volonté, un état de déséquilibre ou d'infantilisme mental. Le trouble moteur qui traduit cet état est provoqué par une incitation venue de l'extérieur ou par une idée : le mouvement produit est habituel, automatique, excessif, intempestif. Ce mouvement est convulsif, mais c'est un acte coordonné, adapté à un but, un geste de défense, une expression mimique. Les contractions musculaires, en outre, se succèdent à intervalles inégaux, par accès, et la volonté les réfrène pour un temps, de même que la distraction les atténue et que le sommeil les supprime : elles ne sont pas douloureuses. Tels sont les caractères que MEIGE assigne aux tics.

Les tiqueurs ont une tournure mentale qui marque plus ou moins de déséquilibration (BRISSAUD). En outre, ils présentent l'état d'esprit d'un âge inférieur à celui qu'ils ont en réalité. Ce sont de grands enfants mal élevés, accoutumés à voir céder à tous leurs caprices, n'ayant jamais appris à discipliner leurs actes volontaires (MEIGE et FEINDEL). L'imitation joue un rôle important dans la genèse des tics, surtout en ce qui a trait aux jeunes sujets.

Le traitement des tics doit donc avant tout s'adresser à la volonté et s'efforcer d'être éducateur ou rééducateur. Le pronostic du tic dépend, en effet, tout entier de l'état mental du tiqueur et qui peut vouloir peut guérir. Toutefois, le malade livré à lui-même ne guérit que tout à fait exceptionnellement, tandis qu'un traitement régulier pourra l'améliorer et même le débarrasser pour toujours de sa psychonévrose.

D'autre part, les petits tics abandonnés à leur évolution sans correctifs peuvent devenir grands et, comme les malades sont déjà des anormaux au point de vue mental, des tics invétérés arrivent parfois à déterminer chez eux un syndrome obsédant ou des idées hypocondriaques.

Disons-le aussi, la maladie des tics de GILLES DE LA TOURETTE peut aboutir à la démence et, d'autre part, le torticolis mental n'est parfois qu'un symptôme de paralysie générale au début.

TRAITEMENT. — Prophylaxie et rééducation sont les deux termes du traitement de la maladie des tics.

PROPHYLAXIE. — Le mieux est évidemment d'empêcher la production des tics chez les prédisposés. Pour cela, c'est avant tout à lutter contre l'hérédité nerveuse que le médecin devra s'employer et l'on se rend compte que nous ne puissions entrer ici dans aucun détail à ce sujet. Ce qu'il faut bien savoir toutefois, c'est qu'un tic a toujours une cause, souvent minime et difficile à découvrir, mais une cause qui a provoqué un geste dont la répétition n'a plus cessé. Il ne sera donc pas mauvais de **soigner, chez les enfants prédisposés, les bobos qui pourraient créer des tics** de frottement, de grattage, de succion, etc. Les tics des paupières naissent parfois de la présence de corps étrangers ou de conjonctivites : la guérison de granulations conjonctivales peut supprimer le tic. En corrigeant des troubles visuels (myopie, etc.), on corrigera par le fait même des tics des globes oculaires. Les coryzas, les inflammations, gerçures et furoncles du nez entretiennent des tics des narines. Les caries dentaires, les implantations vicieuses des dents, perpétuent les tics de la langue. Les gerçures des lèvres provoquent des tics de mordillement et de la cheilophagie. Enfin, faut-il dire que le port de chapeaux trop étroits ou de cols serrants entretient des tics de hochement de tête ou de haussement d'épaules ? Chaque modalité peut avoir sa raison d'être dans d'aussi petites causes ; on devra donc supprimer tout ce qui constituerait un appel pour un acte de défense capable de se répéter et de constituer plus tard des tics. On devra aussi surveiller avec attention la période de la puberté et l'époque de l'instauration des règles : cette phase du développement facilite l'éclosion des tics.

L'imitation est une cause occasionnelle courante, mais bien malaisée à éviter. Toutefois, on devra recommander aux parents d'éviter, par une surveillance et une sévérité appropriées, que leurs enfants répètent par jeu des grimaces qu'ils auraient vu faire, si ces enfants sont d'un naturel assez nerveux pour qu'on ait à craindre par la suite une incitation involontaire, un tic définitif.

Le surmenage cérébral et, au pôle opposé, l'oisiveté permettent à des habitudes fonctionnelles vicieuses de s'implanter. C'est encore de la prophylaxie bien conçue que de combattre ces excès chez des prédisposés. Ajoutons que certains tics sont presque de nécessité dans quelques professions où les mêmes gestes se répètent automatiquement pendant des années : ces tics professionnels sont moins à craindre que d'autres, car ils

relèvent plus de l'habitude que d'une faiblesse native ou acquise de la volonté.

TRAITEMENT CURATEUR. — La rééducation est la seule méthode thérapeutique réellement efficace, puisqu'il s'agit en somme d'amender une psychonévrose dominée par une imperfection de la volonté.

Rééducation. — La rééducation peut se faire par la méthode de BRISSAUD ou par la méthode de PITRES.

Méthode de Brissaud. — La méthode de BRISSAUD est basée sur la discipline de l'immobilité et du mouvement: elle emploie l'immobilisation des mouvements et les mouvements d'immobilisation.

On exerce le tiqueur à conserver l'immobilité absolue, photographique, de ses membres et de son visage une seconde, puis deux, puis trois. Il ne faut pas augmenter trop rapidement cette durée d'immobilisation. Le tout est de ne pas perdre de terrain ; on annoncera au malade combien de temps on veut qu'il se tienne tranquille, on lui affirmera qu'il peut se contenir pendant cette durée, etc. Petit à petit, on arrivera à des séances de cinq minutes : alors, au lieu de laisser le sujet assis, on s'efforcera de lui faire garder l'immobilité dans la station debout et dans diverses positions.

En outre, le tiqueur devra apprendre la **discipline des mouvements** faire des mouvements lents, réguliers et corrects au commandement. De courtes séances d'abord, puis vingt minutes, enfin une heure, pendant lequel temps chaque exercice simple de tel ou tel groupe musculaire ne dépassera guère cinq ou six minutes. Pas de fatigue, mais une répétition trois, quatre, six fois par jour, aux mêmes heures, avec une séance en présence du médecin, les autres en face d'une personne capable de bien surveiller le sujet qu'on rééduque.

Les exercices à domicile seront exécutés devant un miroir, pour que le tiqueur se rende compte exactement du degré de son immobilité.

Voilà les bases générales de la méthode de la rééducation dans le traitement des tics. Il faut beaucoup de persévérance, beaucoup de temps, et il est indispensable de continuer la gymnastique spéciale qu'on vient de dire, assez longtemps encore après que le tic semble guéri.

Il faut encore imposer au malade un **programme de vie journalière**, fixé heure par heure, et qu'il doit exécuter ponctuellement ; car il a d'ordinaire une manière de vivre irrégulière et sans méthode, nuisible au perfectionnement de sa volonté. **Modifier ces habitudes** est une partie importante du programme.

Voici des exemples particuliers concernant la rééducation des mouvements dans tel ou tel cas :

Tic des paupières, clignotement : faire fermer, puis ouvrir les yeux au commandement; maintenir les paupières closes, puis ouvertes pendant un temps; fermer un œil, puis l'autre en ouvrant simultanément ou fermant la bouche. Faire suivre de l'œil un objet qui se déplace lentement, etc.

Tic facial (oculaire et buccal) : Trois fois chaque jour se regarder deux minutes dans une glace en maintenant l'immobilité absolue: pendant deux minutes lire à haute voix; pendant deux minutes parler devant sa glace, etc.

Torticolis mental : Se tenir debout devant la glace et conserver une position correcte de la tête et du tronc; plus tard, lever les bras, tourner la tête à droite ou à gauche, la maintenir dans cette position, etc.

On pourrait multiplier ces schémas, mais on voit ce dont il s'agit. En même temps qu'ils feront ces exercices réglés comme durée et comme nature, les malades pourront avec profit se livrer à tous ceux qui seront de nature à maîtriser leurs gestes involontaires: ainsi la gymnastique, l'escrime, le canotage, la bicyclette, le lawn-tennis, etc.

Méthode de Pitres. — A côté de la méthode de rééducation de BRISSAUD, signalons celle de PITRES, basée sur la régularisation des actes respiratoires.

On a constaté qu'un tic s'atténue ou disparaît lorsque le rythme respiratoire devient profond et régulier. Partant de ce fait d'observation (et nous ne voulons rien dire ici de son interprétation) on fait placer le tiqueur la tête fixe, le dos contre une muraille, les talons joints, les bras pendants. Pendant deux minutes, il récite à haute voix une fable en faisant tous les deux ou trois vers une inspiration lente et profonde. Après cette récitation, on lui fait faire des inspirations et expirations également lentes et profondes, avec élévation lente des bras dans l'inspiration, abaissement lent dans l'expiration. Les premiers jours, cela se répètera toutes les trois heures, puis on espace les intervalles en allongeant chaque séance, qui peuvent alors durer un quart d'heure. On continue ainsi un temps variable, puis on suit en sens inverse les étapes parcourues, jusqu'à suppression du traitement.

Repos et isolement. — Les malades doivent autant que possible rester au lit une douzaine d'heures ; de plus, dans la journée, deux heures de repos sur une chaise longue à un moment déterminé sont parfois à recommander. Le **séjour absolu au lit** pendant plusieurs jours aura un effet calmant dans des cas rebelles. Parfois, l'isolement dans une maison de santé, comme on le fait chez les neurasthéniques et chez les hystériques, trouvera son indication, mais à titre transitoire et exceptionnel. La **psychothérapie**, c'est-à-dire la rééducation de la volonté par un médecin patient ne devra, au contraire, jamais être oubliée, car c'est la base même

d'un traitement pathogénique, infiniment préférable à l'hypnotisme sur lequel il ne faut pas compter. **Quant aux interventions chirurgicales et au traitement par des appareils quelconques, ils sont absolument à rejeter dans tous les cas** : on doit en dire autant de l'électrothérapie et de la mécanothérapie.

Hygiène et médicaments. — L'hygiène, sous tous ses modes, sera scrupuleusement respectée. Tout ce qui tendrait à exciter le système nerveux, tendrait, on le comprend, à exaspérer les tics.

Pas de douches froides; des bains tièdes ou des douches tièdes, voilà pour l'hydrothérapie proprement dite. On peut conseiller une cure climatérique ou thermale ; les bains de mer ne sont pas toujours recommandables, mais il serait peut-être injuste de défendre un séjour au bord de la mer.

Reste la question des médicaments : les **bromures** et la **valériane** sont, à vrai dire, les seuls qui puissent être tolérés. Un médecin prudent se souviendra du *primo non nocere* et comprendra que le tiqueur n'est pas de taille, de par son tempérament, à supporter sans encombre des médicaments actifs de tout genre pour lesquels l'accoutumance viendrait vite, en même temps que la faiblesse irritable du sujet ne manquerait pas de s'aggraver. C'est affaire de clinique, mais en pareille matière, **l'abstention vaut toujours mieux que l'abus.**

Gingivo-Stomatites

Dr Caumartin.

I. GINGIVO-STOMATITES EN GÉNÉRAL

INFORMATIONS CLINIQUES. — **I.** Un fumeur, un diabétique, une femme enceinte ou simplement un individu dont les dents sont recouvertes de tartre, éprouve dans la bouche une sensation de sécheresse, les gencives sont rouges, tuméfiées. A cette phase érythémateuse succède une phase exsudative, au cours de laquelle des dépôts blanchâtres se forment au collet des dents, l'haleine devient fétide, la salivation exagérée. Enfin le bord libre des gencives s'ulcère, la mastication devient difficile, les gencives saignent, les dents s'ébranlent, les ganglions sous-maxillaires s'engorgent et constituent une phase ulcéreuse. Il s'agit d'une *stomatite septique* banale.

II. Un nourrisson, un adulte au régime lacté voient survenir dans la bouche des vésicules qui crèvent et laissent des ulcérations ; chez un vieillard, un cachectique, un vieil urinaire, la langue et la muqueuse buccale se recouvrent de plaques blanches laiteuses. Ce sont autant de *gingivo-stomatites spécifiques* (aphtes, muguet).

III. Un syphilitique en traitement, un ouvrier d'une manufacture d'allumettes éprouvent, du côté de la bouche, des symptômes d'inflammation qui vont s'accentuant si on n'intervient pas. C'est de la *gingivo-stomatite toxi-septique* (mercurielle, phosphorée).

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Une cause unique, si l'on va au fond des choses, provoque ces différentes stomatites, l'infection ; infection banale ou spécifique, favorisée ou non par la présence d'une substance toxique ou par l'état général du sujet.

L'indication essentielle est donc de combattre cette infection.

TRAITEMENT. — Le traitement sera curatif ; dans bien des cas, il aurait dû être préventif.

TRAITEMENT PRÉVENTIF. — Au premier plan se placent les soins d'hygiène buccale quotidienne : à savoir le **brossage des dents**, de préférence le soir, avec une brosse dure chargée de poudre alcaline et antiseptique ou de savon ; l'ablation à l'aide du **cure-dents** des débris d'aliments qui séjournent dans les interstices dentaires.

L'**extraction des racines**, l'obturation des dents cariées afin de permettre la mastication sur l'arcade maxillaire tout entière, la suppression des causes d'irritation locale (tel que l'usage du tabac et de l'alcool, etc.) ne doivent point être oubliés.

Tous ces soins hygiéniques doivent être plus minutieux encore quand il existe une cause favorisante de l'infection buccale, telle qu'une grossesse, que le diabète, qu'un traitement mercuriel, qu'une maladie générale.

TRAITEMENT CURATIF. — Quelle que soit la cause de la gingivo-stomatite, **la première chose à faire est le nettoyage des dents.** Avec des instruments en cuiller, il faut gratter les dents en évitant toutefois une pression trop forte qui pourrait entamer l'émail. On visitera soigneusement les points d'élection où se dépose le tartre, à savoir la face postérieure des incisives inférieures et la face externe des molaires supérieures. Il est en outre indispensable d'enlever les parcelles de tartre qui s'insinuent sous les gencives et y jouent le rôle de corps étrangers septiques.

Quand tout le tartre a été enlevé, quand, avec un tampon de ouate, on a essuyé le collet des dents et fait disparaître l'exsudat qui s'y est déposé, alors — mais alors seulement — on peut avec fruit faire des applications antiseptiques : Ces applications consisteront en l'**attouchement des ulcérations** avec l'acide chromique à un dixième ou de la teinture d'iode, en de **grands lavages buccaux** avec le bock pour déterger les ulcérations, avec une solution de permanganate à

un pour quatre mille, en des **gargarismes antiseptiques** à l'eau oxygénée à laquelle on ajoute deux fois son volume d'eau chaude, au thymol à un pour mille, au sublimé à un pour quatre mille.

II. — *GINGIVO-STOMATITES EN PARTICULIER*

A. — GINGIVO-STOMATITES SEPTIQUES

a) Gingivo-stomatite tartrique

INFORMATIONS CLINIQUES. — Chez un adulte qui ne se soigne pas les dents apparaît sans cause connue du malade une sensibilité des gencives localisée d'abord autour des incisives inférieures ; le tabac, les boissons acides deviennent insupportables, la mastication elle-même est difficile. On constate que les gencives sont rouges, tuméfiées, décollées ; le bord libre est ulcéré, recouvert d'un exsudat grisâtre. Au bout de quelques jours toute la bouche est envahie, l'haleine devient fétide, la salivation abondante et le malade est obligé de réclamer des soins. C'est la *gingivo-stomatite tartrique.*

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Le tartre, cause de la gingivite, agit comme corps étranger septique. La poussée aiguë survient souvent à propos d'un excès quelconque de tabac, d'alcool par exemple, à l'occasion d'une amygdalite ou d'un mauvais état général : maladie infectieuse, diabète, grossesse. Il est donc indiqué d'enlever le tartre, de faire de l'antisepsie et de supprimer les causes favorisantes.

TRAITEMENT. — Dès le diagnostic posé, l'intervention du spécialiste doit se produire. Elle consistera en un **nettoyage minutieux des dents**, au cours duquel on enlèvera avec soin le tartre et l'exsudat qui recouvre les gencives. Puis à l'aide d'un stylet très petit garni d'ouate on touche les bords ulcérés des gencives et les interstices dentaires avec une solution concentrée d'acide chromique ; on conseille au malade des lavages buccaux fréquents à l'eau oxygénée au tiers.

Le résultat est presque immédiat : après vingt-quatre heures on constate une amélioration extraordinaire ; et des malades qui depuis quinze jours ont épuisé inutilement en lavages toutes les solutions antiseptiques voient, après le nettoyage, leur gingivite disparaître très rapidement.

Lorsqu'on revoit le malade deux ou trois jours après ce premier nettoyage, on recherche les points restés douloureux, et il suffit en général de les toucher à la teinture d'iode.

Naturellement, on conseillera au malade d'éviter toutes les causes d'irritation buccale, de supprimer le tabac et l'alcool et de continuer dans l'avenir les soins hygiéniques. S'il existe des dents cariées ou des racines qui empêchent la mastication d'un côté, il faut les soigner ou les enlever pour éviter l'accumulation du tartre.

La gingivo-stomatite des femmes enceintes, des diabétiques, des urémiques, celle qui survient au cours des maladies infectieuses reconnaissent comme cause le mauvais état de la bouche, favorisé par la moindre résistance des tissus. Elles sont justiciables du même traitement.

b) Stomatite ulcéro-membraneuse

INFORMATIONS CLINIQUES. — Un enfant de cinq à sept ans qui fait ses premières molaires, un adulte qui pousse ses dents de sagesse éprouve une douleur vive à la déglutition au niveau de l'angle du maxillaire. Quelquefois il existe des phénomènes généraux d'ailleurs peu marqués, de la fièvre, de la courbature, de la céphalalgie. A l'examen, on constate autour de la dent de sagesse ou de la dent de six ans, d'un seul côté d'abord, un peu de tuméfaction, de rougeur de la gencive : si l'on a été appelé plus tard, on aperçoit des ulcérations : le bord des gencives est enlevé comme à l'emporte-pièce ; autour de la dent de sagesse, la gencive plus molle se laisse décoller et ulcérer largement ; l'ulcération est souvent assez étendue à bords déchiquetés, à fond gris jaunâtre, empiétant sur le sillon gingivo-jugal.

Si on laisse la maladie évoluer, les ulcérations gagnent le côté opposé, envahissent la face interne des joues, le voile du palais, les lèvres. L'affection peut durer indéfiniment, aboutir à la chute des dents, à la nécrose des bords alvéolaires. L'haleine devient extrêmement fétide, la mastication très douloureuse : les ganglions sous-maxillaires s'engorgent et peuvent devenir le siège d'un adéno-phlegmon.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Il n'y a pas de microbe spécifique connu de la stomatite ulcéro-membraneuse. C'est une stomatite infectieuse, mais poly-microbienne causée par les microorganismes qui habitent normalement la cavité buccale. Cette affection est contagieuse et peut prendre un caractère épidémique dans les agglomérations d'individus réunis dans de mauvaises conditions hygiéniques, dans les casernes, les prisons. D'où des moyens prophylactiques à côté du traitement curatif.

TRAITEMENT. — Le traitement classique de la stomatite ulcéro membraneuse consiste dans l'emploi du **chlorate de potasse** intus et extra. On l'a considéré à tort comme spécifique ; **il ne peut être employé que comme adjuvant**. Ce traitement doit céder le pas à des moyens plus efficaces.

Il faut d'abord, comme dans toutes les stomatites, nettoyer les contours des dents, puis soigner les ulcé-

rations. Un des meilleurs topiques est l'**acide chlorhydrique** au dixième : on applique sur les ulcérations un tampon d'ouate imbibé de la solution et on projette aussitôt un jet de liquide alcalin ou antiseptique pour enlever l'excès d'acide. Il convient de **ne laisser échapper aucune ulcération** et rechercher avec soin celles qui existent dans les interstices dentaires. Deux applications d'acide chlorhydrique, à un ou deux jours d'intervalle, suffisent en général.

On recommandera en même temps les **lavages fréquents** avec une solution antiseptique telle que eau oxygénée, thymol, sublimé.

Puis, quand la guérison est obtenue, il est indiqué d'extraire les dents cariées et les racines.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — S'il s'agit d'une épidémie de stomatite ulcéro-membraneuse, il faut protéger les individus indemnes par l'**isolement** des malades et en évitant la contamination par la **désinfection** des cuillers, des fourchettes, etc.

B. — GINGIVO-STOMATITES SPÉCIFIQUES

a) Gingivo-Stomatite aphteuse

INFORMATIONS CLINIQUES, — *a*) Un nourrisson, un adulte au régime lacté, un individu occupé à traire les vaches voit apparaître dans la bouche de petites taches rouges situées dans les sillons gingivo-labiaux supérieurs, à la pointe et sur les bords de la langue. A ces taches succèdent rapidement des papules et des vésicules qui éclatent et laissent de petites ulcérations qui deviennent confluentes. Ces ulcérations sont très douloureuses, gênent la succion chez le nourrisson, la mastication chez l'adulte. Cette éruption s'accompagne ou non de phénomènes généraux. Il s'agit de la *fièvre aphteuse*.

b) Dans d'autres cas chez l'adulte, à propos d'une irritation passagère, contact de fumée de tabac fort, mastication de noix par exemple, quelques vésicules isolées apparaissent dans le sillon gingivo-labial supérieur ; c'est l'aphte banale, affection purement locale.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Il existe probablement un microbe spécifique de la stomatite aphteuse, mais il n'est pas connu de façon certaine. Le lait peut en être le véhicule et il passe des trayons des bovidés atteints d'ulcérations aphteuses sur les doigts et dans la bouche.

TRAITEMENT. — La spécificité de cette gingivo-stomatite impose un traitement préventif autant qu'un traitement curateur.

TRAITEMENT PRÉVENTIF. — Il faut faire prendre des soins de propreté aux personnes exposées à la contamination de par leur profession. Si le lait est soupçonné d'être infecté, il faut l'employer bouilli et recommander aux malades des soins hygiéniques buccaux minutieux. Lorsqu'une épizootie aphteuse est signalée dans une étable, son isolement est assuré par les règlements, et il appartient plus particulièrement aux médecins de provoquer la fermeture des vacheries où elle sévit, et la prohibition du lait qui en provient.

TRAITEMENT CURATIF. — Les ulcérations aphteuses cèdent très vite aux attouchements avec la teinture d'iode ou le **nitrate d'argent** à un pour dix. On prescrira des gargarismes antiseptiques et en particulier une solution de **salicylate de soude** à trois pour cent.

b) Muguet

INFORMATIONS CLINIQUES — Chez un enfant athrepsique mal nourri, chez un adulte cachectisé par une affection générale, tuberculose, fièvre typhoïde, cancer, etc..., chez un vieil urinaire, on voit se produire sur la pointe de la langue une rougeur violacée, les papilles deviennent saillantes, sèches, rugueuses. Au bout de deux jours apparaît un semis de points blancs qui deviennent confluents et constituent une plaque neigeuse. Peu à peu les lèvres, la face interne des joues, le pharynx sont envahis.

L'état général est peu influencé et le malade éprouve surtout une gène de la déglutition, une sensation de sécheresse et de corps étrangers dans la bouche. C'est le *muguet* caractérisé microscopiquement par un parasite spécial rattaché plus ou moins exactement au genre oïdium.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Le muguet est une maladie contagieuse dont le germe est fréquent dans l'air et qui, chez les nourrissons, se transmet par le biberon ou le sein des nourrices dans les maternités. La condition la plus favorable à son développement dans la bouche est l'acidité du milieu buccal et l'absence de salive, ce qui est le cas pour les tout jeunes enfants, les urinaires et les cachectiques.

TRAITEMENT. — Le traitement curateur se doublera d'un traitement préventif ; il aurait dû en être précédé.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — Dans le but de prévenir le muguet, on recommandera les plus grands soins de propreté aux nourrices qui donnent le sein à plusieurs enfants et les biberons seront soigneusement bouillis. Chez les adultes susceptibles de contracter le muguet on insistera sur l'hygiène buccale, lavages, gargarismes, humidification.

TRAITEMENT CURATIF. — Le parasite du muguet pousse mal en milieu alcalin. Il est donc indiqué de conseiller au malade le lavage de la bouche avec une

solution alcaline : eau de Vichy, borate de soude.

On enlèvera les plaques à l'aide d'un tampon d'ouate et on fera des attouchements de la muqueuse sous-jacente avec la liqueur de Van Swieten.

C. STOMATITES TOXI-SEPTIQUES

a) Stomatite mercurielle

INFORMATIONS CLINIQUES. — I. Un malade soumis au traitement mercuriel, quelquefois dès la première injection ou la première friction, certains ouvriers qui manient le mercure, étameurs de glaces, chapeliers etc., éprouvent dans la bouche une sensation de chaleur, de sécheresse, d'agacement des gencives. D'un seul côté d'abord, de préférence autour de la seconde molaire ou de la dent de sagesse inférieure, autour d'une dent cariée ou d'une racine, ou encore au collet des incisives inférieures la gencive se tuméfie. Ce sont les trois foyers d'élection de la *stomatite mercurielle* au début.

II. A un degré plus avancé les gencives sont ulcérées, les dents paraissent allongées et sont douloureuses à la pression. L'haleine devient fétide, la salivation abondante. C'est la *salivation mercurielle*.

III. Dans une forme grave qu'on n'observe plus aujourd'hui, les ulcérations peuvent devenir gangréneuses, phagédéniques, les dents se déchaussent, s'ébranlent et tombent, la langue s'ulcère, se sphacèle, le malade est en danger de mort.

En somme la stomatite mercurielle se présente comme une stomatite septique violente, sans caractères cliniques très distincts.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Les vieillards édentés et les enfants qui n'ont pas encore de dents ne font pas de gingivite mercurielle. Les sujets dont les dents et les gencives sont saines en sont rarement atteints. C'est donc que l'état de la bouche joue un rôle très important dans la production de cette stomatite ; le mercure éliminé par la salive ou porté directement dans la bouche par les mains souillées des ouvriers agit en affaiblissant les tissus et en favorisant le développement des microorganismes qui existent dans les culs-de-sac gingivaux et autour des dents cariées et des racines. Il y a donc deux éléments en cause : le poison et les microorganismes : cette stomatite toxi-septique ; mais la septicité domine.

TRAITEMENT. — Prévenir et guérir seront le double but à atteindre, dans le cas de stomatite mercurielle déclarée. Prévenir ne devra jamais être oublié par le médecin qui emploie le mercure.

TRAITEMENT PRÉVENTIF. — Une règle qui ne doit jamais souffrir d'exceptions est la suivante : **avant de soumettre un malade au traitement mercuriel il faut toujours s'assurer que la bouche est absolument saine.** Si la bouche n'est point saine, il faut faire un nettoyage complet des dents ; extraire les racines, soigner les caries, afin de supprimer toutes les portes d'entrée de l'infection.

Pendant le traitement on recommandera une hygiène buccale sévère, mais il faut savoir que **les gargarismes ou les pastilles au chlorate de potasse sans nettoyage de la bouche ne donnent qu'une sécurité illusoire.**

Les ouvriers exposés à l'absorption du mercure devront prendre des précautions particulières.

TRAITEMENT CURATIF. — Quand la stomatite est déclarée, il faut, au moins momentanément, **supprimer l'usage du mercure.**

On s'adressera ensuite au deuxième élément, l'infection et le traitement ne diffère pas de celui des autres stomatites : **nettoyage** des dents, **attouchement** des ulcérations avec l'acide chromique, la teinture d'iode ; grands **lavages buccaux** antiseptiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 27 octobre 1905

Présidence de M. Noquet, vice-président.

(Suite)

Colite muco-membraneuse au cours d'une colique néphrétique (colosuccorrhée reflexe)

M. **Ingelrans.** — J'ai eu l'occasion d'observer une malade d'une soixantaine d'années qui fut prise de coliques néphrétiques à répétition ayant duré une quinzaine de jours. Le diagnostic était assuré par l'existence de crises antérieures au cours desquelles de petits calculs ont été expulsés et par une hématurie abondante qui accompagne la colique néphrétique actuelle. La douleur était localisée du côté gauche avec ses irradiations habituelles et elle provoquait des vomissements incessants.

Au cours de ces coliques néphrétiques qui se succédaient sans presque de répit, la malade expulsa par l'intestin des muco-membranes caractéristiques et assez considérables. Il n'y avait eu par le passé aucune crise de colite membraneuse et les membranes n'ont apparu qu'une seule fois au cours d'une crise très douloureuse. Je crois devoir signaler ce petit fait clinique car il vient s'ajouter à ceux que Soupault et Jouaust ont communiqué à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, le 4 mars 1904.

Ces auteurs disent que l'entérite muco-membraneuse n'est qu'un symptôme qu'on devrait appeler colosuccorrhée et qui résulte de l'excitation de la muqueuse intestinale par diverses causes, surtout par les affections des organes abdominaux. Il s'agit d'affections viscérales à manifestations plus ou moins bruyantes et la colosuccor-

rhée serait provoquée par action réflexe dont le départ serait dans la souffrance des organes abdominaux atteints. La colosuccorrhée suit les fluctuations de ces affections du ventre et s'améliore ou guérit avec elles. Par exemple, Soupault et Jouaust ont constaté cinq fois la coïncidence de la lithiase rénale et de la colosuccorrhée qui s'exagérait très nettement au moment des exacerbations douloureuses. Chez un malade l'ablation d'un calcul du bassinet amena la disparition des phénomènes intestinaux qui, avant l'opération, avaient résisté à toutes les médications. La guérison dure depuis plus de trois ans.

L'entérite muco-membraneuse serait donc souvent, mais non toujours, ajoutons-le, secondaire à la souffrance d'un organe abdominal, par réflexe aboutissant aux nerfs de l'intestin, d'où excitation directe de la sécrétion glandulaire. Soupault et Jouaust montrent en outre qu'on provoque presque à coup sûr une hypersécrétion de mucus intestinal chez les lapins en pratiquant chez eux après laparotomie la décortication et la mobilisation du rein. Ils rejettent des membranes en tout semblables à celles qu'éliminent les malades.

La crise de colosuccorrhée au cours de la colique néphrétique que je signale aujourd'hui vient s'ajouter aux observations des auteurs susdits. J'ajoute que dans un de leurs cas, les symptômes intestinaux avaient détourné l'attention au détriment de la lithiase. Il doit en être quelquefois de même chez des sujets où la colique néphrétique ne s'accompagne ni d'hématurie, ni d'expulsion de calculs : les muco-membranes éliminées peuvent faire penser à des crises douloureuses d'entérite. L'erreur ne me paraît pas impossible. Ainsi M. Chauffard, étudiant le diagnostic de la colique néphrétique, écrit qu'il a vu des cas de colite membraneuse avec ptose de l'angle droit du côlon, où des crises douloureuses du flanc droit auraient assez bien simulé les coliques néphrétiques, si la débâcle intestinale consécutive n'avait montré, dit-il, l'origine réelle des accidents. Est-il bien sûr qu'il ne se soit pas agi de vraies coliques néphrétiques avec accompagnement de colosuccorrhée, au moins pour certains de ces cas ? C'est une hypothèse qui me paraît bien probable, dès qu'on a acquis la notion que la lithiase rénale peut causer par elle-même l'entéro-colite muco-membraneuse.

Il est indéniable d'ailleurs que, comme le dit Roger, à côté de l'hypersécrétion de mucus due à des réflexes, il en est qui dépend soit de causes mécaniques, soit d'infections intestinales, soit de dyscrasies.

M. **Carlier** fait remarquer à quel point il est rare d'observer à l'hôpital des malades ayant présenté des symptômes de colite muco-membraneuse. Il insiste sur la situation sociale des sujets qui en sont atteints.

M. J. **Colle** vit une malade atteinte de rein mobile, guérir de colite après fixation du rein.

M. **Combemale** dit combien il est parfois difficile de distinguer la colique hépatique ou néphrétique de la colite.

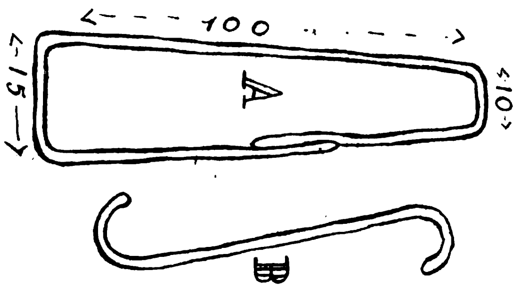
M. **Ingelrans** dit qu'ici le diagnostic est certain, puisqu'on a vu les muco-membranes et l'hématurie.

M. **Lambret** a été frappé de la disparition des colites après guérison des affections utérines.

Appareil faisant fonction de spéculum nasal

M. **Dubar** (d'Armentières). — J'ai l'honneur de présenter à la société un releveur de narines qui peut rendre des services dans les cas d'urgence.

Il permet : 1° de voir parfaitement dans les cavités nasales ; 2° d'exécuter facilement l'extraction des corps étrangers des fosses nasales ; 3° pour l'extraction des polypes il a sur le spéculum de Duplay les avantages suivants : moins gênant pour les malades, il laisse plus



d'espace pour l'introduction des instruments et en particulier l'introduction de l'anse froide ne donne pas lieu à un ressaut ; 4° il peut être fixé par un simple bandeau au front, ce qui laisse l'usage des deux mains à l'opérateur ; 5° en cas d'urgence il est facile de le confectionner en tout lieu.

Pour cela, on prend un fil d'acier, de fer ou de laiton de un à deux millimètres de diamètre et de 25 centimètres de long, on en forme un trapèze (fig. A) ayant l'une de ses extrémités de un centimètre de large et l'autre un centimètre et demi, on en replie les extrémités comme la figure B le fait voir de profil et l'on a une sorte d'écarteur pouvant servir à tous les usages indiqués plus haut.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le jury du concours d'**Internat en pharmacie**, que s'ouvrira le 4 décembre 1905, est ainsi composé : Sous la présidence de M. le professeur-doyen Combemale, administrateur des hospices, MM. Gérard (Ernest), Vallée, professeurs à la faculté, Thibaut et Leclair, pharmaciens des hospices, Baratte, pharmacien, juges titulaires, Bouriez, pharmacien, juge suppléant.

Ecole préparatoire d'Amiens. — M. le docteur Boussavit, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et obstétricale, est chargé en outre d'un cours de physiologie.

— M. le docteur Bernard, ancien suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé d'un cours de clinique médicale.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Ecole de plein exercice de Rennes. — M. le docteur Véron, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et obstétricale, est chargé en outre de l'enseignement de la théorie et de la pratique des accouchements, ainsi que de l'enseignement de l'anatomie, physiologie et pathologie élémentaires aux élèves sages-femmes.

Ecole préparatoire de Rouen. — M. le docteur Richard, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé en outre des fonctions de chef des travaux pratiques de physique et de chimie durant le congé de M. Gascard, chargé des fonctions de chef des travaux.

Notre Carnet

M. le pharmacien-major Malméjac, de Lille, nous fait part de la naissance de son fils Raoul. Nos meilleurs souhaits pour la mère et pour l'enfant.

— Le docteur J. Drucbert, de Lille, nous fait part de la naissance de son fils Michel. Nous adressons à notre excellent collaborateur nos meilleurs souhaits pour Madame Drucbert et pour l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Gosselin, de Caudebec-lès-Elbeuf (Seine Inférieure) ; Joly, de Neufchâtel-en-Bray (Seine-Inférieure) ; Fayolle, de Rouzan (Gironde) ; Chirard du Brossay, de Paris ; Loreilhe, de Montagnac (Dordogne) ; Baraban, professeur à la Faculté de médecine de Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; Louis Roche, oculiste en chef de la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest ; Driout, inspecteur de l'armée.

Delbreil, de Denain. Nous adressons à la famille de notre confrère l'expressions de nos vives et sincères condoléances.

Craisson, étudiant en médecine à Marseille.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

46e Semaine du 12 au 18 novembre 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	4
3 mois à un an	3	4
1 an à 2 ans	1	»
2 à 5 ans	2	1
5 à 20 ans	2	3
20 à 60 ans	20	14
60 ans et au-dessus	14	12
Total	49	38

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Erysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	»	2	1	»	1	2	1	1	1	1	»	»	»	»	»	1	12	13
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	1	2	2	»	»	»	»	»	3	11	19
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	1	»	»	»	1	1	»	3	»	»	»	»	»	7	16	29
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	7	9	7
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	3	2	1	1	»	»	»	»	2	»	1	13	11
Esquermes 11,381 hab.	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	6	3
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	3	7	14
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	5
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	2	5	4
Total	1	»	1	»	»	11	»	2	7	»	2	6	8	6	4	6	»	»	»	2	»	28	86	116

N° 464. Neuvième Année. N° 49. Le Numéro : 10 centimes 3 Décembre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

AVIS. — Nous prions nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir le montant de leur abonnement pour 1906, en un mandat ou bon de poste, adressé à M. le docteur COMBEMALE, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté, Lille.

Passé le 16 décembre, nous ferons présenter à domicile, par la poste, une quittance représentant le montant de l'abonnement, majorée de 0,50 c. pour frais de recouvrement.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Hypothèse sur la propagation de la typho-malaria par les mouches (1)

Par le Docteur **Thooris,** médecin-major, à Lille.

Je lis dans la communication de A. CHANTEMESSE et F. BOREL, parue dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine,* n° 33 (séance du 17 octobre 1905), l'alinéa suivant :

« Sans parler des nombreux insectes qui, surtout dans les pays chauds, peuvent exercer une influence causale dans la production de certaines maladies, nous trouvons en Europe et partout ailleurs un répondant en tous points au signalement d'un intermédiaire : c'est la mouche.

La dissémination possible des germes pathogènes par les mouches a été entrevue depuis longtemps. On sait qu'Ambroise PARÉ attribuait à ces insectes un rôle certain dans l'étiologie de la peste. Pendant l'épidémie cholérique qui sévit en Angleterre en 1853, on remarqua déjà que la marche de la maladie était en rapport étroit avec l'apparition et la disparition des mouches.

Plus tard, l'enquête portée sur le terrain bactériologique a établi d'une façon certaine que les mouches peuvent charrier le vibrion cholérique et aussi le bacille de la fièvre typhoïde (SIMONDS, FICKER, PRESTON, MAXWELL, VAUGHAN, TSUKUKI.) Nous avons à notre tour entrepris des recherches non pour savoir si la mouche peut se charger du vibrion cholérique — fait démontré — mais pour connaître par quels organes, trompes, pattes, tube digestif, se fait ce transport et pendant combien de temps la mouche conserve encore vivants les vibrions cholériques qui l'imprègnent.

Dans des bocaux stériles, des mouches ont été placées et laissées deux heures à se repaître de cultures cholériques ; elles ont été ensuite portées dans d'autres bocaux stériles. Dix-sept heures plus tard, les trompes et les pattes ensemencées, ainsi que le contenu intestinal de la plupart des mouches donnaient des cultures de bacilles virgules.... (1) Des mouches peuvent donc très facilement cueillir dans

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord,* séance du 10 novembre 1905.

(1) Des expériences analogues ont été faites par le lieutenant-colonel FIRTH et le major PORHOCKS pour le bacille typhique. Ce dernier s'attache aux mandibules, aux ailes, aux pattes, au corps de la mouche, mais ne passe pas dans l'intestin. (*British med. journ.*, 27 sept. 1902).

les vomissements, dans les déjections, sur les linges souillés des germes de choléra et les porter au bout de plusieurs heures sur le lait, l'eau, le pain, les aliments, etc... On conçoit que par cette propriété les mouches constituent des agents actifs de dissémination du choléra, mais non des agents de transport à longue distance, Les ensemencements faits en effet au bout de quarante-huit heures sont restés stériles...

Dans les pays privés de toute voirie, le choléra sévit cruellement et c'est dans ceux-là que les mouches abondent...

Après une longue enquête la conférence internationale de Constantinople de 1865 avait été obligée d'admettre que l'air ambiant était le véhicule principal de l'agent générateur du choléra, mais elle avait conclu que cette transmission par l'atmosphère était limitée à une distance très rapprochée du foyer d'émission. C'est que la mouche ne saurait transporter, ne peut propager qu'à peine, mais dissémine puissamment le choléra ....

En temps de choléra une mesure prophylactique peut-être pourrait être proposée : l'affichage de cette réflexion d'un auteur américain : Ce doit être un reproche plus grave pour une maîtresse de maison d'avoir des mouches dans sa maison que des punaises dans son lit. »

Cette lecture m'a suggéré quelques souvenirs qui m'ont paru pouvoir vous intéresser. Ces souvenirs dérivent d'observations personnelles que j'ai rapportées de l'expédition de Madagascar.

Je vous soumets naturellement une hypothèse, n'ayant pas l'appui d'une expérimentation rigoureuse, mais simplement construite sur un raisonnement par analogie et ce raisonnement n'est pas exempt de valeur puisqu'il participe en une certaine mesure de celle du raisonnement par induction, c'est-à-dire du raisonnement véritablement scientifique.

Au point de vue pathologique je diviserai la campagne de 1895 en trois phases. Vous savez le caractère général de cette campagne mis en évidence par mon camarade le médecin-major DARRICARRÈRE :

Il y eut 70 morts par le feu et 8000 par la typho-malaria, soit près de la moitié du corps expéditionnaire.

Les trois phases de l'expédition sont marquées par l'altitude du champ des opérations.

Avant d'aller plus loin, je dois vous dire que le Dahomey est seul comparable à Madagascar au point de vue des supplices qu'imposèrent aux hommes l'attaque infernale des moustiques, le grouillement des fourmis, des cancrelats, des margouillats, l'obsession des « muca foui » et des mouches.

Je vais essayer de dégager, chemin faisant, le rôle pathogène de ces deux derniers genres de persécuteurs.

La première phase de la campagne a pour théâtre la vallée de la Betzibouka. Les mouches, le jour, les moustiques, la nuit, envahissent l'atmosphère. Gare aux malheureux voulant déposer culotte après le crépuscule. Quelques secondes suffisent pour que les parties découvertes ressemblent à une chair frottée par les orties. J'ai vu des tirailleurs atteints d'anémie palustre 15 jours après le débarquement. Facies, ventre, jambes enflées, accès comateux. Tous avaient des mains boursouflées, ulcérées par les moustiques et ils passaient la nuit autour des feux, sans sommeil, les mains contre la flamme pour les protéger d'un ennemi dont leur rudiment de moustiquaire ne pouvait les abriter.

La vallée de la Betzibouka ou Boéni présentait ce fait climatique particulier : Il y avait peu de différence entre la température du jour et celle de la nuit. Par suite les hommes n'étaient pas exposés au refroidissement du ventre, d'où au début, l'extrême rareté des affections gastro-intestinales.

On comprend que le rôle typhogène des mouches ait pu être nul pendant cette période, puisque les mouches, pour disséminer la fièvre typhoïde, comme pour disséminer le choléra, doivent puiser le virus typhique dans des déjections de dothiénentériques.

La deuxième phase se passe sur les plateaux, de Suberbieville à Andriba Le temps est devenu très sec, le rayonnement de la nuit, l'altitude du terrain, le refroidissement de l'atmosphère par la mousson produisent une très grande différence entre les températures du jour et de la nuit.

Moyenne du jour : 40° ; moyenne de la nuit : 18°.

Tout le monde disait : « Sur les plateaux nous n'aurons plus la fièvre ». Au contraire il y a recrudescence du paludisme, comme si l'homme, jusque là réfractaire à la malaria, comme la poule au charbon, perdait son immunité par le refroidissement nocturne, comme la poule par le refroidissement de ses membres.

Et cependant sur les plateaux il n'y a plus de moustiques.

Le refroidissement nocturne est une cause occasionnelle de troubles gastro-intestinaux et les porteurs de coli différenciés ou d'Eberth, affaiblis par la route et le surmenage, élaborent de la fièvre typhoïde et produisent des déjections où vont pouvoir se pourvoir de germes typhogènes les deux espèces de mouches qui nous traquent de l'aube au soir : la mouche commune et la « muca foui ».

Pour vous donner une idée de la population des mouches dans ce pays, je vous dirai que lorsqu'on voulait boire dans son quart, le seul fait de découvrir le récipient pour y porter les lèvres suffisait pour qu'on rejette avec dégoût plusieurs mouches qui avaient déjà souillé le liquide ou pénétré dans votre bouche. La sieste était impossible. La

chaleur empêchait l'usage de la moustiquaire et ces ignobles bestioles envahissaient toutes les cavités de la face, produisant des sensations tactiles et auditives insupportables. Quant à la muca foui elle n'apparaissait par formidables essaims qu'à l'aurore et au crépuscule. Ses victimes avaient le visage pour ainsi dire criblé par leurs piqûres, dont chaque stigmate se révélait par une goutte de sang.

Ces mouches communes, ces muca foui ont pu être les agents disséminateurs de la première explosion de typho-malaria, caractéristique de la seconde phase de l'expédition et les agents propagateurs de proche en proche de cette maladie vers l'arrière, vers la mer, au fur et à mesure que les évacuations des malades amenaient dans la vallée de la Betzibouka des producteurs de déjections infectant des mouches qui jusqu'alors n'avaient pas encore été morbifiques.

Les troupes d'avant-garde présentaient très peu de cas de typho-malaria et cette rareté correspond à une population de mouches non encore contaminées.

Que si l'eau et la poussière — la poussière rouge du chemin était telle que, mélangée à la sueur des soldats, elle donnait à leur facies un aspect ensanglanté — pouvaient être incriminées, je répondrai qu'au poste d'Andjiéjié où nous étions une trentaine d'officiers, soldats et coolies, pas un cas de typho-malaria ne s'est produit, bien que nous fussions exposés à des tornades incessantes de poussière et que l'eau de la rivière ne fût pas précisément saine, puisqu'on enterrait les cadavres dans son lit, faute de bras pour creuser une terre aussi dure que la pierre, et puisque les malades évacués faisaient leurs déjections et se lavaient sur la berge.

Pourquoi le poste d'Andjiéjié fut-il indemne ; j'attribue cette préservation à notre habitude de nous défendre des mouches, contractée en Afrique, à la construction de gourbis où nous pouvions réaliser une obscurité profonde pendant le jour, obscurité qui éloignait les mouches, à l'obscurité relative que nous réalisions à l'heure des repas dans les cagnas, où nous nous réunissions.

La typho-malaria sévissait surtout sur les troupes au repos, plus exposées aux mouches que les troupes en marche. Les troupes au repos cherchent des abris, où les mouches non ventilées sont plus nombreuses. Les troupes en marche sont au contraire protégées des mouches par la ventilation furieuse de la mousson.

Les officiers, travaillant et nourris comme les hommes, furent moins touchés que ceux-ci, par suite probablement de moyens de défense plus efficaces et plus éclairés.

Cependant, qu'il se soit agi d'officiers ou de soldats, on devinait en dehors de toute symptomatologie morbide, ceux qui, tôt ou tard, succomberaient. On disait qu'ils étaient atteints de « rentrite ». Ces individus se faisaient remarquer par l'abandon de leur attitude, leur insouciance contre les météores, les moustiques et les mouches.

On disait : Comment reconnaît-on un bonhomme atteint de rentrite ? Donnez-lui un quart d'eau avec une mouche dedans. Il avalera tout pour ne pas se donner la peine de la retirer. A quoi bon. Ces gens-là avaient abandonné la lutte et étaient la proie résignée des moustiques, des mouches et des muca foui.

J'ai observé que tous les individus qui passèrent par une autre voie que la route militaire, sur une piste qui se trouvait à environ 12 kilomètres de la route construite ne furent pas atteints par la typho-malaria. Et cependant cette piste était en aval des rivières traversées par la route et balayée par des vents ayant d'abord passé par la route infectée du corps expéditionnaire. Reprenons l'explication de Chantemesse pour commenter ce dernier fait :

« Les mouches constituent des agents actifs de dissémination, mais non des agents de transport à longue distance ».

Quant à la troisième phase de l'expédition ayant le plateau de l'Émyrne comme champ, elle n'en diffère de la seconde que par la résistance plus grande d'éléments soigneusement sélectionnés, les mêmes agents morbides n'ayant d'effet d'autre part que sur les traînards, le mouvement en avant des autres mettant au contraire ceux-ci en contact avec des mouches non encore contaminées.

La formidable mortalité de la relève qui a fait dire que la route n'était pas la cause du désastre morbide, puisque la relève, non employée aux travaux de la route, perdit autant de monde que les premiers débarqués, correspond, en dehors de tout surmenage, à l'incessant contact de mouches, porteuses du bacille d'Éberth à ce moment-là depuis Majunga jusqu'à Andriba, à l'inexpérience des troupes métropolitaines pour se préserver, à la singulière persistance de ces troupes à suivre scrupuleusement un chemin infecté par des déjections typhiques et infesté par des mouches pouvant continuellement renouveler leur charge de bacilles.

Le rapide assainissement de la route, après la prise de Tananarive, résultant de l'action germicide d'un soleil redoutable aux microbes comme aux méninges humaines, correspond aussi au fait que les mouches perdent rapidement leur charge de virus, d'après Chantemesse, de sorte que l'on s'explique fort bien que des mouches malgaches si terribles en 1895, ont perdu rapidement leur action morbifique.

Tels sont, messieurs, les considérants de l'hypothèse (1) qui, je vous en remercie, a paru retenir un instant votre bienveillante attention.

(1) D'un article de Donbbr (*Caducée* N° 15) il résulte que cette hypothèse a été corroborée par des expériences bien établies dans l'Afrique du Sud (*Journal du corps de santé anglais*. Juin 1904. Austen). Des faits probants ont été relevés par Weedfr, dans la guerre hispano-américaine. Netley, Horrocks, Firth ont montré que le corps tout entier de la mouche domestique retient le bacille typhique à sa surface. Smith a émis l'avis que la mouche pouvait donner la dothiénentérie et la dysentérie par l'anus.

Sur une épidémie de chancres mous à Lille

par M. Leconte, externe des Hôpitaux.

On sait que contrairement à ce qui se passe pour les autres maladies vénériennes, qui sévissent dans les grandes villes à l'état endémique et dont les ravages se font sentir en tous temps avec une fréquence sensiblement égale, le chancre mou peut, dans certaines conditions, pulluler et donner naissance à de véritables épidémies.

A Lille en particulier, des années entières peuvent se passer sans qu'il soit possible d'en relever plus de quatre ou cinq cas dans les consultations externes. Dans une de ses dernières cliniques, M. le Professeur Charmeil faisait remarquer que des semestres entiers d'enseignement s'écoulaient sans qu'il lui fût possible de montrer à ses élèves un seul exemple de chancre mou. Nous avons d'ailleurs relevé le nombre des cas signalés en 1904 et 1905 au registre de la consultation. Nous en trouvons dix-huit en 1904, dont deux seulement en mars et pas un durant les mois de janvier, février, avril, mai et décembre. Dans la première moitié de 1905 nous n'avons relevé que cinq cas : trois en janvier, un en février et un en mai.

En somme, depuis la dernière épidémie signalée en 1900 par MM. Bertin et Gellé (1), l'affection ne s'observait que rarement.

Brusquement, au mois d'août dernier, une nouvelle épidémie éclate. M. le Professeur agrégé Patoir, suppléant M. le Professeur Charmeil, rencontre le premier cas à la consultation externe le 17 août. A la fin du mois, huit cas avaient été observés. En septembre, cinq cas seulement ont été signalés, mais une recrudescence se produit en octobre et dix-sept malades se présentent à la consultation durant ce mois. Dans les quinze premiers jours de novembre il en est venu neuf. Depuis lors, nous n'avons plus observé qu'un cas de chancre mou, le 22.

Le 15 novembre, dix-neuf hommes et une femme sont en traitement dans les salles de l'hôpital Saint-Sauveur.

En 1900, vingt-et-un cas ont été observés en l'espace de trois mois ; nous en comptons cette fois trente-neuf.

Les militaires de la garnison ont été aussi frappés par cette épidémie.

M. le docteur Lejeune, médecin-major de 1re classe, à l'Hôpital Militaire. a bien voulu nous communiquer le relevé de 1904 et 1905. Nous lui adressons nos plus vifs remerciements.

En 1904, six cas de chancres mous ont été signalés dont : un en avril, un en juin, un en juillet, un en août et deux en septembre.

En 1905, vingt-deux cas : un en mai, un en juin, sept en août, huit en septembre, quatre en octobre et un en novembre.

C'est depuis le mois d'août qu'évolue aussi cette épidémie dans la troupe. Elle compte vingt cas qui, ajoutés à ceux que nous avons rencontrés à St-Sauveur, nous donnent un total de cinquante-neuf, chiffre assez considérable.

Fait remarquable, les femmes semblent avoir été peu atteintes par l'affection soit, comme nous le verrons, qu'une même malade puisse contaminer un grand nombre d'individus, soit plutôt que beaucoup d'entre elles se livrent clandestinement à la prostitution et qu'elles puissent échapper à tout contrôle. Dans le service de M. le professeur Charmeil, une seule femme a été soignée pour chancrelle.

C'est une ouvrière de filature, M. O..., âgée de 21 ans. Elle est entrée dans le service le 23 octobre. L'affection évoluait déjà depuis une dizaine de jours et avait débuté, au dire de la malade, par un chancre unique au niveau de la face externe de la grande lèvre gauche. L'inoculation se fit rapidement de proche en proche et lorsque la malade est entrée à Saint-Sauveur, elle présentait des chancres multiples, petits, siégeant sur les grandes lèvres, le pli génito-crural et le haut de la face interne des cuisses.

Quatre cas ont été rencontrés également dans le service spécial des filles publiques, et M. le docteur Bertin nous a déclaré que les malades atteintes appartenaient à la prostitution réglementée.

Les caractères généraux de l'épidémie n'ont rien présenté de bien particulier et nous paraissent avoir été ceux que signalaient MM. Bertin et Gellé en 1900. vingt malades ont guéri sans aucune complication, et il a suffi de quelques cautérisations au chlorure de zinc pour stériliser leurs lésions. La femme qui, actuellement, est encore dans le service de M. le Professeur Charmeil, est presque totalement guérie par de simples lavages à la liqueur de Labarraque.

Parmi les dix-neuf hommes qui étaient dans les salles le 15 novembre, onze étaient atteints de bubon suppuré. Six malades seulement ont accepté l'inci-

(1) Bertin et Gellé. *Écho médical du Nord*, 1er juillet 1900.

sion au bistouri. Les autres ont attendu l'ouverture spontanée, ce qui n'a eu pour résultat que de retarder la guérison. En aucun cas, nous n'avons observé de chancrellisation secondaire du bubon suppuré. Jamais non plus, nous n'avons observé pendant le cours de cette épidémie, le bubon primitif sans porte d'entrée apparente. Nous avions cru une fois le rencontrer chez un de nos malades âgé de 16 ans, entré à St-Sauveur le 24 octobre. Ce jeune homme présentait deux bubons symétriques enflammés, assez volumineux. A première vue, aucune autre lésion ne semblait se manifester. Ce n'est qu'à un examen plus approfondi que l'on découvrit une toute petite ulcération chancrelleuse des lèvres du méat.

Nous n'avons pas davantage observé le phagédénisme chancrelleux dont on trouve des exemples si frappants dans les auteurs classiques.

Quant au chancre mixte nous ne l'avons rencontré que trois fois. Cette proportion, due d'ailleurs entièrement au hasard, est beaucoup moindre que dans l'épidémie de 1900 puisque MM. Bertin et Gellé en rapportent quatre cas sur vingt-et-un.

Il était intéressant de rechercher le point de départ de l'épidémie et d'en étudier la propagation. Malheureusement bien des renseignements nous ont fait défaut. L'épidémie semble avoir débuté dans une maison de la rue des Étaques, et pendant assez longtemps est restée localisée à ce quartier, centre de la plus basse prostitution. Ceci concorde bien avec ce que nous savons sur le chancre mou qui frappe toujours avec une extrême fréquence les classes inférieures de la société. Nous voyons nombre de ces malades contracter leur affection avec une prostituée de bas étage, après un coït rapide pratiqué très souvent dans les remparts et même sur la voie publique.

Les maisons de tolérance semblent avoir été complètement épargnées, et dans les clientèles de ville les cas signalés ont été d'une extrême rareté.

Comment a été amené à Lille le premier cas de chancre mou de cette épidémie ? Question très difficile à résoudre. En 1900, on a pensé que le passage à Lille des nègres de l'Afrique centrale n'avait pas été sans influence. Aujourd'hui, signalons seulement pour mémoire la Foire qui vient de se terminer et qui, chaque année, paraît augmenter, pour un certain temps, le contingent de la consultation de Dermatologie et de Syphiligraphie de l'Hôpital Saint-Sauveur.

Consultations Médico-Chirurgicales

Abcès par congestion

Professeur-agrégé O. Lambret.

INFORMATIONS CLINIQUES. — **I.** Un enfant d'une douzaine d'années est atteint de mal de Pott. Il a une gibbosité évidente remontant à plusieurs mois. Dans les premiers temps, son affection n'était pas douloureuse spontanément, il ne souffrait que lorsque, au niveau du siège du mal, on palpait la colonne vertébrale ou lorsqu'on essayait de la mobiliser et de la fléchir. Puis des douleurs spontanées sont apparues, douleurs fixes, survenant à toute heure du jour, faisant crier l'enfant la nuit, douleurs en ceinture ou irradiées vers les membres inférieurs (sciatique bilatérale), suivant les cas. En l'examinant à ce moment, si on fouille les flancs, on ne trouve rien ; mais, plus tard, les douleurs diminuent, disparaissent même, une tuméfaction se dessine dans la profondeur de l'abdomen à droite ou à gauche ; ses contours, dès l'abord vaguement arrondis, se précisent, cette tuméfaction devient manifeste, descend vers la fosse iliaque qu'elle occupe, gagne l'arcade crurale qu'elle franchit, et apparaît à la racine de la cuisse à la partie supéro-interne, au niveau de l'attache du psoas. Elle fait une saillie d'aspect à peu près uniforme : elle est recouverte par une peau normale ; elle est indolore ; elle est fluctuante, la fluctuation se transmet de la poche crurale à la poche abdominale ; sa consistance est molle et elle est ordinairement en partie réductible, en ce sens que, par une pression lente, on arrive à faire rentrer presque tout le contenu de la poche crurale dans l'abdomen ; par contre, elle reçoit l'impulsion de la toux et en général de toutes les causes qui augmentent la pression intraabdominale. L'état général est bon, ou du moins il n'a pas paru être influencé par l'apparition de l'abcès ; s'il s'est modifié c'est sous l'action de la maladie dont l'abcès n'est lui-même qu'un symptôme. Il s'agit d'un *abcès par congestion fermé*.

α) En l'absence de toute gibbosité, apparaissent des douleurs spontanées en ceinture ou irradiées vers les membres inférieurs ; longtemps après, alors que toute la thérapeutique des névralgies a été mise en œuvre, on découvre la présence de l'abcès par congestion.

β) Avec ou sans gibbosité, les douleurs prémonitoires ne se sont point produites ; c'est par hasard que la palpation de la fosse iliaque permet de reconnaître un abcès.

Il peut exister plusieurs abcès par congestion ayant un point de départ unique ou différent, ils sont généralement symétriques, c'est-à-dire qu'on les trouve dans

chaque fosse iliaque, mais ce caractère n'est pas constant.

Le siège de ces abcès par congestion est sous la dépendance de la situation des vertèbres malades. Venus des vertèbres cervicales, ils restent sessiles et se montrent derrière le pharynx ; toutefois, le pus peut néanmoins s'insinuer entre les scalènes, suivre le plexus brachial et apparaître soit au-dessus de la clavicule, soit même dans le creux axillaire.

Symptomatiques des maux de Pott dorsaux et lombaires, les abcès par congestion apparaissent par ordre de fréquence à la partie supérieure et interne de la cuisse au niveau de l'attache du psoas ; à la partie antérieure de la cuisse, sur le trajet des vaisseaux fémoraux ; à la région fessière et la partie postérieure de la cuisse dans la direction du grand nerf sciatique ; à la paroi abdominale dans le voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure au-dessus de l'arcade crurale ; au périnée à la partie postérieure du tronc.

II. Avec un tableau clinique semblable au précédent, un état général qui n'a pas changé, le volume de la tuméfaction a diminué dans des proportions considérables ; la paroi de la poche tuberculeuse reste néanmoins très délimitable à la palpation ; une ouverture spontanée s'est produite depuis peu de temps ou depuis quelque temps. Au point où s'est faite l'ouverture de l'abcès, il y a une fistule ; cette fistule siège au niveau d'une plaque où la peau est plus amincie et plus rouge, c'est la trace de son envahissement profond par la membrane tuberculogène ; l'orifice présente l'aspect bien connu des fistules tuberculeuses et laisse sourdre du pus caractéristique, la pression avec la main sur l'abcès augmente l'écoulement, surtout si la fistule n'est pas en situation déclive car, alors, il y a rétention de pus dans la cavité. Il s'agit d'un *abcès par congestion ouvert, mais non encore infecté.*

α) En l'espace de quelques jours, les téguments deviennent rouges, sensibles au toucher, la douleur spontanément se prolonge dans la direction du foyer ; en même temps survient la fièvre qui, tous les soirs, s'élève aux environs de 40° et s'accompagne de frissons ; le pus s'écoule par la fistule en plus grande abondance et a très souvent mauvaise odeur. L'état général s'altère plus ou moins rapidement, l'appétit disparaît, le sujet maigrit, la langue est sèche, la peau terreuse, il y a de la diarrhée ; bref, on assiste à l'évolution d'une infection subaiguë qui finit par occasionner la mort dans l'espace de quelques mois. Il s'agit d'un *abcès par congestion ouvert et infecté chez l'adulte.*

β) Chez l'enfant, à une période d'inflammation plus aiguë avec fièvre élevée, succède une période de calme relatif ; le pus qui s'écoule par la fistule renferme bien de nombreuses variétés de microbes, mais leur virulence est moindre ; la fistule n'en donne pas moins d'une façon intarissable, il y a tous les soirs un peu d'élévation de température, mais pendant des mois et même des années, l'état général se maintient. L'enfant peut guérir après des alternatives d'ouverture et d'occlusion de la fistule. Mais la prolongation de la suppuration a pour conséquence fréquente une véritable septicémie chronique qui produit insidieusement de graves dégénérescences viscérales ; les reins, le foie sont particulièrement touchés, l'albumine apparaît, le foie augmente de volume, l'amaigrissement survient, l'organisme est en état de moindre résistance, si bien qu'un beau jour la fièvre se rallume, la suppuration est en recrudescence et la mort finit par survenir à une époque parfois si éloignée de l'ouverture de l'abcès qu'il ne vient plus à personne l'idée qu'il y a entre les deux événements une relation de cause à effet. Il s'agit d'un *abcès par congestion ouvert et infecté chez l'enfant.*

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Les abcès par congestion sont des abcès froids. Ils sont symptomatiques d'une affection tuberculeuse localisée le plus souvent au niveau du tissus osseux. Leur caractéristique, c'est de se montrer loin de la lésion dont ils sont l'effet. En principe, la tuberculose de toutes les articulations, de tous les os, peut leur donner naissance ; en fait, en raison de leur extrême fréquence dans le mal de Pott, ils sont devenus synonymes de l'abcès froid consécutif à la tuberculose vertébrale. Le traitement général et local de l'affection tuberculeuse, point de départ de l'abcès par congestion, s'impose donc.

TRAITEMENT. — La thérapeutique générale ne nous occupera pas ici ; nous n'aurons en vue que la thérapeutique de l'abcès. Plusieurs cas peuvent se présenter.

A. L'abcès est fermé. — Dans le cas de la fermeture de l'abcès, le médecin peut se conduire de trois façons différentes : s'abstenir, ouvrir au bistouri, ponctionner et injecter ou non un liquide modificateur.

a) *Ouverture au bistouri.* — C'est une ligne de conduite que l'on ne doit jamais suivre. **L'ouverture d'un abcès par congestion, accompagnée ou non d'un curetage de la poche, est une grosse faute chirurgicale,** qui, neuf fois sur dix, entraînera, à longue échéance, la mort du malade. Ce traitement ne peut avoir en vue uniquement l'évacuation de la poche : ce serait inutile, le pus de l'abcès par congestion ne retentissant pas sur l'état général. Il ne peut, de même, avoir pour but l'ablation de tous les tissus tuberculisés, le point de départ vertébral et la plus grande partie de la poche sont, de par leur situation profonde et leurs rapports anatomiques, inaccessibles et inextirpables. Donc il n'est possible de

faire qu'une opération incomplète qui ne peut aboutir qu'à la production d'une fistule suivie de l'installation certaine, un jour ou l'autre, d'une infection secondaire fatale, en dépit de tous les soins antiseptiques les plus minutieux. **La crainte de l'infection secondaire de la poche doit dominer la thérapeutique** de l'abcès par congestion fermé. Ce n'est que dans des circonstances particulièrement rares, par exemple si l'abcès vient à s'infecter spontanément par voie sanguine ou par voisinage (microbes de l'intestin), qu'il sera permis de l'ouvrir.

b) *Abstention.* — L'abstention a quelques indications; elle est acceptable car nous savons que **certains abcès par congestion sont susceptibles de se résorber et de guérir spontanément**. Voici un abcès profondément situé, son volume est petit, son accroissement très lent et insignifiant; il est difficilement abordable par la ponction qui devrait traverser le péritoine : mieux vaut s'abstenir et surveiller.

c) *Ponction suivie de l'injection d'un liquide modificateur.* — C'est là le traitement de choix. La ponction pratiquée aseptiquement et répétée autant de fois qu'elle est nécessaire donne d'excellents résultats, surtout si on la fait suivre d'une injection de liquide modificateur. Ce sont ces résultats qui ont fait saluer avec joie, par certains chirurgiens, l'apparition de l'abcès par congestion; en effet cet abcès restant dans l'immense majorité des cas en relation avec la lésion osseuse qui l'a causé, cette lésion devient désormais accessible.

Technique de la ponction suivie d'injection. — Le grand péril qu'il faut éviter, c'est l'infection de la poche qui serait suivie très rapidement de son ouverture. Les **précautions antiseptiques** à prendre pour faire la ponction doivent donc être aussi minutieusement prises que s'il s'agissait d'une opération véritable.

Ce qu'il faut empêcher ensuite c'est la production d'une fistule possible, même en dehors de toute infection secondaire : 1° si on se sert d'une aiguille trop grosse ; 2° si dans les ponctions consécutives on pique toujours à la même place ; 3° si l'ouverture de la peau et celle de l'abcès se correspondent directement ; 4° si l'aiguille reste trop longtemps en place par suite de la trop longue durée de l'opération.

Ponction. — On se servira d'une seringue ou d'un aspirateur d'une contenance de 20 centimètres cubes et on lui adaptera, par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc épais d'une vingtaine de centimètres de longueur, une aiguille n° 2 ou 3 de Collin. L'aiguille est stérilisée, le caoutchouc est bouilli et peut même être jeté à la fin de chaque séance. Les fines aiguilles sont susceptibles de s'obturer quand le pus est très grumeleux, rien n'est plus facile que de les déboucher.

Pour pénétrer dans l'abcès, l'aiguille doit suivre un trajet oblique ; de cette façon l'orifice fait à la peau et celui fait à l'abcès ne se correspondront pas et il y aura moins de chance de voir le premier se tuberculiser.

Une fois l'aiguille en place, on l'adapte à l'aspirateur et on fait la ponction : on la fait lente, car une évacuation trop rapide peut faire saigner; lorsque l'évacution est complète ou à peu près, on enlève tout l'appareil aspirateur, l'aiguille restant en place; on passe alors à l'injection de liquide modificateur. **Tout lavage préalable de la poche est inutile.**

Injection. — Celle-ci nécessite une petite seringue genre Roux ou Luer et un liquide modificateur : **naphtol camphré, éther iodoformé, huile ou glycérine iodoformée**, ce sont les trois principaux qui ont chacun leurs partisans fidèles. Ils ne sont pas exempts de dangers, aussi faut-il les manier avec prudence sous peine de voir apparaître des accidents parfois mortels. Bien que passant pour être le meilleur des modificateurs, **le naphtol camphré est le plus dangereux** ; ne l'utiliser que si on en a bien le maniement. L'éther, l'huile, la glycérine iodoformés sont à cinq ou dix cent, il faut injecter au plus 25 à 50 grammes de la solution ; se servir chez les enfants de la solution à cinq pour cent, en injecter au maximum autant de grammes qu'ils comptent d'années.

Les abcès par congestion ont des relations de voisinages très intimes avec des organes profonds dans lesquels ils s'ouvrent parfois, ou dans lesquels ils s'ouvriraient peut-être si une cause quelconque comme l'augmentation de la pression dans la poche amenait la destruction de la paroi amincie qui le sépare de l'estomac, de l'intestin, etc. : il faut donc se garder d'introduire dans la cavité de l'abcès un liquide trop diffusible qui produise une trop haute pression, d'où **danger de l'emploi d'eau oxygénée ou de l'éther iodoformé** mal maniés.

C'est cependant à l'**éther iodoformé** que nous donnons la préférence, car il est le plus apte à porter les particules d'iodoforme dans toutes les anfractuosités du foyer. Pour ne pas avoir d'accident il suffit de n'en pas introduire une trop grande quantité et de prendre la précaution de **laisser échapper les vapeurs de l'éther par la canule**, qu'on n'obture que pendant un temps très court. La quantité d'éther injectée variera donc non seulement avec l'âge mais encore avec l'importance de la cavité de l'abcès; par exemple, on injectera 4 à 5 grammes de la solution à cinq pour cent chez un enfant d'une dizaine d'années dont l'abcès contenait environ cent à cent cinquante grammes de pus; on augmentera la dose sans inconvénient si l'abcès est plus volumineux. L'injection faite, il faut immédiatement

obturer l'aiguille avec la pulpe d'un doigt ; l'éther s'évapore et distend la cavité de l'abcès qui devient sonore à la percussion ; au bout de une à deux minutes, on cesse d'obturer l'aiguille, immédiatement les vapeurs d'éther s'échappent en sifflant et la pression du gaz à l'intérieur de la poche chasse au dehors le reliquat du pus qui n'avait pas été évacué et dont les grumeaux sont rejetés avec un bruit caractéristique ; une quantité très minime d'iodoforme se perd également par le même chemin ; lorsque cette évacuation est terminée, — et au besoin on l'aide par des pressions de la main sur l'abcès —, on retire vivement l'aiguille, on obture l'orifice à l'aide du collodion et on fait un **pansement compressif**.

Un cas peut se présenter, l'abcès est très volumineux, la peau est très rouge en un point, elle est très amincie, l'ouverture spontanée est menaçante. Tâchez d'éviter cette ouverture, faites la ponction loin du point aminci, mais gardez-vous de la faire suivre d'une injection de liquide modificateur, la sécrétion abondante que ce liquide provoque achèverait d'ulcérer la peau, de même ne faites pas de compression ; recommencez cette ponction simple trois ou quatre jours plus tard ; si, ce qui est la règle, le pus s'est rapidement reproduit, il est rare que cette conduite n'aboutisse pas au résultat désiré et au bout de deux ou trois ponctions la peau est suffisamment améliorée pour que vous soyiez autorisé à pratiquer l'injection modificatrice.

Généralement, il est nécessaire de **faire sept à huit ponctions avec injections avant d'obtenir la guérison** de l'abcès ; ces ponctions sont séparées l'une de l'autre par un espace de huit à dix jours suivant la rapidité de la reproduction du pus. On s'aperçoit que la guérison est proche quand la quantité de pus diminue et quand la nature se modifie, d'abord le liquide n'est plus franchement purulent, ensuite il devient presque clair, séreux, indifférent. Alors, à ce moment, il est bon de faire une forte compression sur la poche avec une couche très épaisse d'ouate, des bandes de flanelle bien serrées.

B) L'abcès est ouvert. — Deux cas sont à considérer :

a) L'accident vient d'arriver. — Il n'y a pas encore d'infection secondaire ; deux conduites sont donc possibles pour tâcher d'éviter cette infection. 1°) on évacue complètement par des pressions sur la poche le liquide contenu dans l'abcès, puis on obture l'orifice par un tampon de ouate qu'on maintient ; pendant ce temps on fait en un point éloigné avec une fine aiguille l'injection de liquide modificateur, on panse de façon à faire de la compression sur l'orifice, on surveille la poche et on la vide dès qu'elle commence à se remplir ; par cette véritable dérivation on peut **obtenir la fermeture** de l'orifice spontané.

2° Le second procédé consiste à se servir de cet orifice pour assurer l'évacuation de l'abcès et aussi pour l'introduction du liquide modificateur ; après quoi on l'oblitère immédiatement avec un tampon d'ouate sur lequel on fait de la compression ; cet exercice est renouvelé tous les jours en tenant compte des doses introduites.

Dans l'un ou l'autre cas il importe de **redoubler d'attention en vue de l'asepsie** du malade, du chirurgien et du pansement.

b) L'abcès est infecté. — La situation est plus grave ; il faut faire tout son possible pour que la fièvre tombe ; pour cela, il faut **veiller à la bonne évacuation du pus et tâcher de diminuer sa production**. La première indication est remplie par l'ouverture en bonne place et le drainage aussi parfait que possible de l'abcès, **il ne faut pas craindre de multiplier les incisions et les drains**. La désinfection de la poche est ensuite obtenue par les lavages répétés et abondants ; il est **inutile d'avoir recours désormais aux injections modificatrices.** Ce qu'il faut obtenir d'abord c'est la cessation de l'infection secondaire avant qu'elle ait le temps de produire des dégénérescences viscérales : ce n'est que lorsque ce résultat sera à peu près atteint qu'on songera à utiliser ces injections ; jusque-là c'est à l'**eau oxygénée,** aux lavages à la solution à un pour cinq cents de **nitrate d'argent** qu'il faut avoir recours. Malheureusement, ce ne sont là que faibles moyens qui, trop souvent, ne réussissent que médiocrement dans ces poches vastes, anfractueuses et à plusieurs loges ; aussi, quand les choses en sont là, a-t-on de grandes chances d'être vaincu dans la lutte.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 10 novembre 1905

Présidence de M. Noquet, vice-président.

Sarcome de l'orbite.

M. **Bernard**, interne, présente des photographies d'un enfant de 11 ans atteint de sarcome de l'orbite et montre les états successifs de la tumeur.

Celle-ci avait evolué en quinze jours de temps, en pleine santé, au mois de juillet 1904 (photo n° 1) : Entre les paupières très distendues et tuméfiées quoique saines, faisait saillie une tumeur grisâtre et sanguinolente, molle, du volume d'une orange. M. le professeur Lambret pratiqua le curage de l'orbite dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôpital St-Sauveur. La tumeur avait pris naissance dans la capsule de Ténon et contenait en son milieu l'œil à peu près intact.

La guérison opératoire fut obtenue environ deux mois après (photo n° 2) : cicatrice externe nette, orbite libre, et ne laissant plus rien suinter. Cet état ne dura que peu de

temps et en novembre 1904 l'orbite se remplissait de nouveau et ne tardait pas à laisser saillir entre les paupières une tumeur nouvelle qui proliféra jusqu'en mars 1905, époque à laquelle l'enfant qui avait conservé un état général assez satisfaisant. entrait à la clinique infantile de M. le professeur Gaudier. On lui pratiqua un curage sérieux de toutes les cavités que le néoplasme avait envahies : orbite, fosse nasale droite, sinus maxillaire, cavum. Cette intervention ne réussit pas à entraver la marche de l'affection et on dut pratiquer un second curage deux mois plus tard, un troisième en juillet 1905. La tumeur avait alors proliféré dans les précédentes cavités, ainsi que dans l'oreille droite, le conduit auditif externe, et l'apophyse mastoïde qui était effondrée.

M. le professeur Charmeil voulut bien alors essayer un traitement radiothérapique ; mais les résultats en furent minimes. Nous avons suivi l'enfant depuis ce temps et nous avons assisté, impuissants, à sa mort lente, en même temps qu'à un développement considérable du néoplasme : masses volumineuses de tissu sarcomateux sortant de l'orbite, couvrant presque toute la moitié droite de la face, issues de l'apophyse mastoïde et couvrant la partie postérieure du cou (photo n[os] 3 et 4).

Mais peu à peu l'état général baisse : des hémorragies abondantes se produisent à chaque pansement, dont l'odeur est infecte. Les douleurs supportées par le petit malade sont intolérables. Une hémorragie considérable vient de l'emporter il y a quelques jours.

Fistule congénitale du cou.

MM. le Dr Gaudier et Bernard, interne, présentent une fistule congénitale du cou, enlevée dans le service de Clinique chirurgicale infantile.

Il s'agit d'un enfant de 10 ans, porteur d'une fistule siégeant à la partie antérieure du cou et sur la ligne médiane, à environ 6 centimètres du bord supérieur du sternum. Cette fistule, dont l'orifice est ombiliqué et laisse sourdre un peu de liquide muqueux, était apparue il y a environ deux mois.

Une petite tumeur molle avait surgi sur la ligne médiane et s'était ouverte. La palpation permettait de reconnaître à la partie antérieure du cou, un conduit organisé dur et mobile sur les plans profonds, gros comme un crayon, partant du petit orifice externe et que l'on pouvait suivre en haut et sur la ligne médiane jusque dans la région de l'os hyoïde où on le perdait.

Le professeur Gaudier porta le diagnostic de fistule congénitale du cou et décida l'extirpation du trajet.

L'orifice ombiliqué est circonscrit par une incision en raquette à concavité inférieure et se dirigeant le long du trajet fistuleux. On libère d'abord la partie inférieure, puis le canal, que l'on détache des plans profonds. Ainsi que la palpation permettait de le sentir, on atteint la base de l'os hyoïde d'où part manifestement la fistule. On pratique une double résection de l'os hyoïde et on enlève le corps de l'os supportant la fistule.

On suture les deux cornes et on les rapproche. La peau est suturée à son tour après hémostase. On laisse un drain à la partie inférieure.

La pièce présentée est complète, le canal possède son point de départ (os hyoïde) et son orifice de sortie. La longueur totale est de 7 centimètres. Diamètre 1 centimètre.

Hypothèse sur la propagation de la typho-malaria par les mouches.

M. Thooris fait une intéressante communication qui est reproduite in extenso.

M. Malméjac a fait des expériences à Biskra sur ce sujet. Il pense que les mouches jouent un rôle considérable dans la propagation des maladies infectieuses. M. Malméjac a posé des mouches sur des milieux nutritifs et a vu des colonies multiples se développer après un contact passager. Une mouche recueillie sur un *clou de Biskra* fut projetée sur une plaque de gélose. De nombreux microcoques, dont la nature n'a pu être complètement définie, se sont développés consécutivement.

M. Breton rappelle les faits expérimentaux qui montrent le rôle des pattes et de la trompe des mouches dans la propagation de la tuberculose.

M. Combemale demande si le danger d'infection par les mouches reste durable ou s'il est très passager.

M. Breton répond négativement.

Fibrome du vagin

M. Lambret. — Il s'agit d'une demoiselle de 47 ans, sans antécédent aucun, qui, depuis environ deux ans, présentait un écoulement sanguin assez abondant en dehors des règles ; cet écoulement se faisait sans douleur, sans altération de l'état général et offrait ce caractère de présenter de temps à autre de véritables décharges de sang noir et fétide. Dès qu'on touchait la malade on provoquait cette décharge et le fait s'explique de la façon suivante. Il existait sur la paroi antérieure du vagin, dans la cloison vésico-vaginale un fibrome volumineux, ayant ulcéré la muqueuse vaginale, ce fibrome appuyait sur la paroi recto-vaginale et cloisonnait pour ainsi dire le vagin en sorte qu'il y avait derrière le fibrome rétention des sécrétions produites par l'ulcération. Le fibrome fut très facilement extirpé par énucléation.

Cancer de la grande lèvre

M. Lambret montre encore un cancer de la grande lèvre extirpé chez une jeune fille de 18 ans. Le début avait passé inaperçu, la malade avait constaté, deux ans auparavant, la présence en ce point d'une tache bleue qui était

vraisemblablement un nœvas. C'est sur ce nœvas que s'était développé le cancer qui est surtout intéressant au point de vue histologique.

M. Gellé. — La tumeur que vous présente M. Lambret est au point de vue histologique un type de nævа-épithéliome ou encore de nævo-carcinome.

Nous ferons remarquer tout d'abord l'âge de la malade. La jeune fille a 18 ans et si nous nous reportons à l'article de Rist sur ce sujet, nous voyons que c'est surtout dans la seconde moitié de la vie qu'apparaissent ces lésions. Leur présence dans la jeunesse serait exceptionnelle, d'après cet auteur.

L'examen histologique demande à ce que l'on s'y arrête quelque peu. Les nævi-carcinomes présentent en effet un caractère histologique spécial qui les distingue des autres formes de cancer.

En effet, par leur texture, l'organisation de leùrs tissus, par la stucture de leurs éléments, ces tumeurs empruntent dee caractères propres aux cancers épithéliaux d'une part et aux tumeurs d'origine mésodermique d'autre part, c'est-à-dire aux sarcomes.

C'est ainsi que la tumeur prend l'aspect de nodules bien limités. Chaque lobule cellulaire est circonscrit à sa périphérie par des fibrilles et fibres conjonctives superposées et disposées tangentiellement aux foyers néoplasiques.

Mais on ne peut déceler en aucun point la présence de globules cornés, caractère propre aux cancers épithéliaux de la peau.

De plus, si l'on étudie à un plus fort grossissement les cellules qui entrent dans la constitution de la tumeur, on remarque que celles-ci, bien qu'ayant un aspect épithélioïde, s'éloignent cependant du type épithélial. Les cellules sont en effet très variables dans leur forme et leur grandeur.

Les unes sont polygonales, les autres sont arrondies ou allongées, d'autres très effilées et disposées les unes près des autres, offrent alors une grande analogie avec les dispositions cellulaires des sarcomes fasciculés.

Tandis que les cellules des cancers pavimenteux présentent une bordure crénelée, comme cela s'observe dans le revêtement cutané normal, il est facile de s'assurer ici qu'aucune des cellules néoplasiques ne possède ce caractère.

Une autre analogie avec le sarcome réside dans la structure du stroma conjonctif intercellulaire. Dans les régions ou les nodules néoplasiques n'ont pris qu'une faible extension, il existe entre chaque cellule un fin réticulum conjonctif qui sépare les cellules et forme une véritable trame.

Celle-ci, bien visible encore sur les bords des grands nodules cancéreux, disparaît cependant lorsque l'on s'achemine vers la partie centrale de ceux-ci.

En résumé étant donné leur structure cellulaire, et leur trame conjonctive, les nævi-épithéliomes ou nævi-carcinomes ne sont pas des productions épithéliales comme leur nom pourrait le faire supposer, mais des tumeurs d'origine mésodermique, c'est-à-dire sarcomateuses.

Hydrocéphalie.

MM. Gaudier et Gellé montrent ensuite le cerveau d'un enfant hydrocéphale.

Ils feront à ce sujet une communication plus détaillée.

M. Oui demande si l'hydrocéphalie existait à la naissance.

M. Gellé répond affirmativement.

M. Ingelrans. — M. Gellé dit que l'enfant était probablement hérédo syphilitique. Il serait très important de le savoir. Parrot et Roger, en effet, n'admettaient pas la syphilis comme cause d'hydrocéphalie. C'est Fournier, Sandoz et d'Astros qui, au contraire, soutiennent qu'elle en dépend très souvent. D'Astros admet la présence fréquente de lésions spécifiques de l'épendyme et de la région opto-striée : l'épendyme présente des saillies composées de cellules embryonnaires, c'est la signature du mal qu'on rencontre à ce niveau. Solovtzoff regarde l'artérite généralisée syphilitique comme cause productrice de l'hydropisie des vésicules chez l'embryon. Elsner, Hochsinger, E. Fournier, Oppenheim, Biedert et Vogel incriminent également la syphilis héréditaire. Il serait tout à fait capital de faire l'anatomie pathologique des cas qu'on rencontre, car la thérapeutique spécifique a eu des succès entre les mains d'Audeoud, d'Heller, de Neumann, et Chavialle en 1903 écrit que le traitement est très actif dans les cas où la syphilis cérébrale agit par elle-même pour créer l'hydrocéphalie.

THÉRAPEUTIQUE

A la séance du 8 novembre 1905 de la *Société de thérapeutique*, M. Danlos signale un perfectionnement dans la technique des injections mercurielles solubles, dont le mérite revient à M. Midy, pharmacien, à lui seul.

On sait que l'un des défauts principaux des injections mercurielles solubles est la douleur qu'elles provoquent. M. Midy s'est efforcé d'y apporter remède et y est presque arrivé avec une formule basée sur l'emploi d'un analgésique sans incompatibilité avec les iodures doubles alcalins mercuriques.

Ce liquide injectable est conservé dans des ampoules de un à deux centimètres cubes.

La subcutine qui constitue l'élément analgésique est la combinaison d'un amène aromatique, l'anesthésine, avec l'acide paraphénolsulfonique.

Avec cette solution, trois élèves de mon service ont fait le chiffre respectable d'au moins 420 injections, et tous trois sont arrivés aux conclusions suivantes :

Chez le plus petit nombre des sujets la douleur est absolument nulle;

Le plus souvent, on constate un simple engourdissement immédiat qui, débutant au voisinage de la piqûre, gagne rapidement la cuisse et le mollet. Cet engourdissement qui n'empêche nullement le malade de vaquer à ses occupations dure, chez les hommes, vingt minutes à une demi-heure; chez les femmes, deux ou trois heures.

Dans quelques cas, chez des sujets particulièrement nerveux, il y a eu un peu de douleur vraie, mais jamais de nodosité ni d'abcès.

Comme contre-partie, on a fait de temps à autre, à l'insu des malades, des piqûres avec la solution d'iodure double ordinaire, et toujours celles-ci se sont montrées douloureuses. Même constatation sur deux sujets qui avaient été traités antérieurement par des injections d'iodure double sans anesthésique.

La conclusion qui ressort de ces faits est la supériorité de la formule de M. Midy sur celles que nous connaissions jusqu'à présent. En outre, sans être autorisé à citer des noms, je puis dire que plusieurs confrères, dont j'ai vu les témoignages écrits, sont arrivés au même résultat.

Les injections doivent être intra-musculaires.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le 23 novembre ont eu lieu, devant un jury composé de MM. les professeurs Carlier, président, Folet, Baudry, Gaudier et Lambret, les épreuves du **concours pour l'emploi d'aide de clinique des maladies des voies urinaires.**

L'épreuve écrite portait sur *calices, bassinet, uretère, cancer de la prostate*, l'épreuve clinique sur une *hématurie*, l'épreuve histologique sur *deux reins tuberculeux*, l'épreuve de médecine opératoire sur *l'amputation du 5e métatarsien.*

Le docteur Taconnet a été proposé pour l'emploi.

— Le jury du **concours entre internes pour la médaille d'or** est constitué ainsi qu'il suit : MM. les professeurs Folet, Lemoine, Ingelrans, Bué, Gérard (Georges). Juges titulaires : Gaudier, Bertin, juges suppléants.

— Nous adressons nos bien sincères félicitations à M. Guérin, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Lille, promu *officier du mérite agricole*, et nous relevons avec satisfaction les **distinctions honorifiques** suivantes à nos confrères :

M. le docteur Braillon, de Nesle (Somme), nommé *officier de l'Instruction publique.* MM. les docteurs Verhaeghe, de Lille ; Peaucellier, d'Amiens, nommés *officiers d'Académie.*

— Par arrêtés ministériels, des **bourses de médecine** ont été accordées à MM. Duvillier, Roland; des **bourses de pharmacie** à MM. Lescarcelle et Bruyant, étudiants à la Faculté de Médecine de Lille.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. P.-H. Dupas, de Féchain (Nord) a soutenu avec succès, le mercredi 29 novembre 1905, sa thèse de doctorat (nº 1) intitulée : **Sur un cas de traitement de la coxa vasa.**

— M. L.-F.-P. Carette, de Houdain (Pas-de-Calais), externe des hôpitaux de Lille, a soutenu avec succès, le jeudi 30 novembre 1905, sa thèse de doctorat (nº 2), intitulée : **Contribution à l'étude de la diéthylmalonylurée (véronal), son action sur le tremblement.**

— J.-C.-A. Lecouffe, de Mouchin (Nord), a soutenu avec succès, le samedi 2 décembre 1905, sa thèse de doctorat (nº 3), intitulée · **De l'origine hérédosyphilitique de certains cas de maladie de Friedreich.**

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Ecole de plein exercice de Nantes.— M. le docteur Jules Sébilleau est nommé, après concours, chef de clinique médicale.

Faculté de Bordeaux.— Un congé d'un an est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. le docteur Piéchaud, professeur de clinique chirurgicale infantile.

Ecole préparatoire de Limoges.— M. le docteur Descazal est institué professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Faculté de Lyon.— M. le docteur Augagneur, ancien professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, est nommé professeur honoraire.

Ecole préparatoire de Poitiers.— M. le docteur Sauvage est chargé, pour l'année scolaire, du cours de chimie et de toxicologie.

M. le docteur Rivaut est nommé professeur honoraire.

M. le docteur Léger, professeur suppléant, est chargé, pour l'année scolaire, du cours d'histoire naturelle.

HOPITAUX & HOSPICES

Angers.— M. le docteur Launay est nommé, après concours, médecin-adjoint des hôpitaux.

Distinctions Honorifiques

Médaille des épidémies.— M. le docteur Schneider, en mission en Perse, reçoit la *médaille d'or* ; M. le docteur Bussière, médecin des consulats de Russie, la *médaille d'argent.*

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Hélot, de Bolbec (Seine-Inférieure) ; Delmas, de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Les cardiopathies artérielles et la cure d'Évian, par le Dr P. Bergouignan, ancien interne en médecine des hôpitaux de Paris. Un vol. in-8° carré de 160 pages. Prix 3 fr. 50. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris VIe.

Dans ce travail, l'étude de thérapeutique hydro-minérale

a servi de prétexte à un travail scientifique. Le Dr BERGOUIGNAN, avant d'exposer les intéressantes observations recueillies par lui, à Evian, sur de nombreux cardio-artériels, fait une étude précise et documentée des cardiopathies artérielles et met au point cette si difficile question.

Il résume d'abord les travaux et la doctrine de son maître, le Dr Huchard. Puis il étudie successivement plusieurs points de réelle actualité : les causes de l'hypertension artérielle, celles de la rétention chlorurée, enfin la fonction rénale des artérioscléreux. Il montre l'intoxication à l'origine de la maladie et de ses symptômes.

Le traitement rénal, c'est-à-dire anti-toxique et éliminateur est le seul traitement efficace. L'auteur qui a déjà traité ce sujet dans sa thèse (Paris, 1902) insiste ici tout particulièrement sur l'usage des cures hydro-minérales diurétiques dans le traitement des cardiopathies artérielles.

La cure d'Evian produit sur l'organisme sain une déshydratation temporaire et une notable accélération temporaire de l'élimination de l'urée, de l'acide urique et des chlorures. Chez les cardio-artériels, elle régularise la diurèse, l'élimination des solides urinaires, mais surtout elle peut amener des déchlorurations accentuées, accompagnées ou non de pertes de poids. Elle coïncide enfin avec la diminution progressive et souvent durable de l'hypertension artérielle et des signes physiques et fonctionnels.

Ces conclusions s'appuient sur des observations nombreuses, originales et très instructives.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Sur l'estimation de l'invalidité après les accidents du travail**, par le docteur Ch. PÉRIER, *Congrès international des accidents du travail de Vienne*, 1905.

— **Quelques mots sur la tuberculose**, par le docteur THIÉRY, Orchies, *Berjo*, 1905.

— **Cleft palate and hare lip**, par le docteur ARBUTHNOT LANE, London, 1905.

— **La cure de la tuberculose sur la Riviera et à Menton, critiques et réponses**, par le docteur DE LANGENHAGEN, Paris, *La Revue médicale*, 1905.

— **Technique du traitement de la luxation congénitale de la hanche**, par le docteur F. CALOT, Paris, *Masson*, 1905.

— **Index bibliographique des publications de la clinique médicale de la Faculté de médecine de l'Université de Genève, pendant les années 1900-1904**, Genève, *Kündeg*, 1905.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

47e SEMAINE DU 19 AU 25 NOVEMBRE 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	7
3 mois à un an	7	5
1 an à 2 ans	»	»
2 à 5 ans	1	1
5 à 20 ans	1	1
20 à 60 ans	13	14
60 ans et au-dessus	16	19
Total	44	47

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Erysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	14
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	»	»	5	11	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	2	»	»	»	»	1	»	»	2	8	14
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	2	»	»	1	»	4	1	2	»	»	»	»	»	5	18	17
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	3	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»	8	12	6
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	»	2	»	»	»	»	»	4	10	4
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	4	7	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	2	1	2	»	»	»	1	»	»	»	8	11
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	2	1	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	3	9	3
Total	»	»	»	»	»	6	»	1	11	1	»	4	7	10	6	7	»	»	2	»	»	34	89	98

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 465. Neuvième Année. N° 50 Le Numéro : 10 centimes 10 Décembre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

AVIS. — Nous prions nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir le montant de leur abonnement pour 1906, en un mandat ou bon de poste, adressé à M. le docteur COMBEMALE, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté, Lille.

Passé le 16 décembre, nous ferons présenter à domicile, par la poste, une quittance représentant le montant de l'abonnement, majorée de 0,50 c. pour frais de recouvrement.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Voyage universitaire à Londres

(AOUT 1905)

(Extrait de son **Rapport au Conseil de l'Université**)

par le Docteur **A. Debeyre**. Ex-interne des Hôpitaux, Chef des travaux à l'Université de Lille

Le Conseil de l'Université de Lille m'a fait le grand honneur de me désigner pour suivre les cours de vacances de l'Université de Londres ; je lui en adresse mes plus sincères remerciements.

J'ai profité de mon séjour à Londres pour étudier le fonctionnement de quelques laboratoires de l'Université, pour examiner à loisir les magnifiques collections que la ville de Londres possède dans ses musées ou dans ses collèges ; et ce voyage m'a été d'autant plus profitable que j'avais déjà eu le bonheur, l'hiver dernier, de visiter les universités de Strasbourg, Fribourg-en-Brisgau, Heidelberg, Wurzbourg, Bonn et les Universités de Bâle, Zurich et Genève.

LES COURS DE VACANCES

Le cours de vacances est établi seulement pour les étrangers. Les Anglais ne peuvent s'y faire inscrire. Le nombre des adhérents est limité ; il ne peut dépasser deux cent cinquante. Ce détail a son importance. « Le but à atteindre, me disait le directeur des cours, n'est pas de créer dans l'Université un rouage nouveau dont les différentes pièces fonctionneraient régulièrement, au bout de quelque temps, et d'une façon immuable, comme tout instrument bien ordonné, le but est d'établir une institution, ayant un caractère propre, variable suivant les années, s'adaptant aux individus. Créer une petite famille universitaire, où maîtres et auditeurs fraternisent, réunir en un faisceau serré ces différentes intelligences, ces auditeurs de nationalité diverse, leur donner une langue commune, les habituer à la conversation, à la prononciation anglaise, les perfectionner dans la connaissance de

notre littérature et de nos institutions, de notre genre de vie, en un mot « leur faire respirer pendant quelques semaines, l'air anglais », voilà l'idéal poursuivi.

Il est d'abord bien recommandé, à ceux qui se proposent de suivre les cours, d'avoir une connaissance assez approfondie de la langue et surtout de posséder « la langue parlée ». Les autres non seulement ne comprendront rien aux leçons, mais perdront un temps précieux qu'ils pourraient mieux employer à Londres ; ils y perdront aussi quelque argent ; — « time is money », — le cours coûte trois livres pour un mois et deux livres pour dix-huit jours ; on peut aussi acquérir, au prix de trois francs, des tickets valables chacun pour un cours.

Les cours sont plutôt des causeries ; l'idée directrice n'est pas d'apprendre aux auditeurs quelque chose de nouveau en Lettres ou en Arts, mais de leur donner pendant quelques semaines, la « tournure anglaise » si nous pouvons nous exprimer ainsi. La plupart des inscrits sont déjà Professeurs dans leur pays, professeur de Lycée, de Collège, d'École normale, d'École primaire supérieure, ils arrivent fatigués du dur labeur de l'année et ne demandent qu'à se reposer.

Langue, Littérature, Arts, Éducation, Institutions, voilà les chapitres des cours.

Il existe en outre des classes de compositions ; le professeur lit un récit, une anecdote et les élèves transcrivent cet exposé ; le professeur passe près de chacun d'eux et corrige les fautes.

Il y a de même des classes de conversations ; les sujets de discussion sont désignés à l'avance. Pour ces exercices pratiques, les étudiants sont répartis en petits groupes de sept à huit auditeurs chacun ; pour s'habituer à différentes prononciations, l'élève change de professeur ; ainsi le jeudi, par exemple, la série F. va avec Miss P..., le vendredi, cette même série va avec Mr D...

Des promenades-conversations sont organisées pour visiter Cambridge, Oxford, etc... ; des Anglais (étrangers aux cours par conséquent) sont invités à ces excursions, ce qui permet aux auditeurs de voir comment l'Anglais voyage, comment il observe ; ce qui leur permet aussi d'étendre leur vocabulaire, en entrant dans des domaines différents.

Les divertissements ne manquent pas.

Les auditeurs trouvent auprès du directeur des cours les conseils les plus empressés, le directeur est à leur disposition toute la matinée, et tous les jours il s'occupe de chacun des étudiants, il les connaît tous ; il assiste à l'ouverture et à la clôture de chaque cours. Dans l'intervalle des « Lectures » ou des excercices pratiques il se trouve dans la salle commune, où les étudiants sont toujours invités à se réunir et il s'entretient avec eux.

Des livres nombreux de littérature et d'histoire, des journaux sont à la disposition des auditeurs, dans cette même salle.

Les petits clans n'existent pas entre sujets de même nationalité. Il n'y a plus qu'une langue « internationale » l'Anglais ; on entend parler anglais pendant les cours, pendant les excursions, dans les salles de réunion et dans les couloirs de l'université. Rarement un mot de français ou d'allemand.

Le langage n'est pas toujours correct ; peu importe ! il faut bien commencer ; on se fait l'oreille peu à peu — lentement —, (car la prononciation anglaise ne s'acquiert pas en quelques jours). Il y a un abîme entre l'anglais écrit et l'anglais parlé. Tel qui comprendra très bien le sens d'un texte anglais ne comprendra pas une seule phrase, dans la conversation courante.

Je crois que le système tel qu'il est organisé en Angleterre est excellent. Ce que je préfère, ce sont les classes de conversations « Débates », très bien dirigées, très intéressantes toujours ; pour s'en convaincre, il suffit de voir les titres.

L'une d'elles fut particulièrement bien préparée ; « *Le clergé et les membres de l'enseignement devraient se tenir en dehors des partis politiques.* » Chacun émit son avis, les opinions furent très différentes, la demi-heure se passa rapidement mais chacun s'efforça de parler correctement en anglais. Ces exercices me paraissent de beaucoup plus utiles.

Les cours proprement dits sont moins pratiques à mon avis, car ils exigent de la part de l'auditeur un effort trop soutenu et une connaissance approfondie de la langue. Il est très fatigant de suivre ces cours, qui ne sont pas organisés de manière à être utiles à tous, je l'ai déjà dit, mais seulement à ceux qui ont « a fair Know-ledge of the language ».

Je me suis demandé aussi pourquoi on n'introduit pas, dans ces cours de vacances, quelques conférences scientifiques, simples, à la portée de tous, et qui retiendraient parfaitement, semble-t-il, l'attention des auditeurs. Ce serait encore une bonne leçon de prononciation anglaise et une autre façon d'étendre encore

le vocabulaire. Toutefois, il ne faudrait pas employer trop de mots techniques, quelques-uns ne nuiraient peut-être pas.

Je m'acquitte avec empressement d'une dette de reconnaissance envers le Directeur des Cours qui nous a demandé de bien faire connaître le cours à tous nos amis.

VISITES AUX INSTITUTIONS MÉDICALES

L'Université de Londres n'a rien de commun avec nos universités Françaises actuelles.

Il existe à Londres douze collèges dans lesquels l'étudiant peut recevoir une éducation médicale complète. Il vaudrait mieux dire que douze hôpitaux de la capitale possèdent chacun une école pratique de médecine.

L'Université de Londres, qu'il ne faut pas confondre avec l'University College, n'est pas un bâtiment d'instruction, mais un local où se passent les examens pour la collation des grades Universitaires.

Depuis 1900, les différents collèges sont devenus des écoles constituantes de l'Université, les étudiants au sortir de chacune de ces petites Facultés, peuvent exercer la médecine. Ces collèges ont surtout pour but de former des praticiens.

Le collège de l'Université forme plutôt des médecins érudits, des chercheurs, des Docteurs de laboratoire, si je puis m'exprimer ainsi. Chacune de ces écoles de Médecine possède une certaine autonomie, chacune possède ses professeurs, ses laboratoires, ses salles de dissection, ses musées, sa bibliothèque.

Elles sont au nombre de douze et portent les noms de : St-Bartholomew, Charing-Cross, St-George, Guy, King London Hospital, St-Mary, Middlesex, St-Thomas, University, Westminster, London School of medecine for Women.

La scolarité de l'étudiant en médecine est de cinq années. Un certain nombre d'étudiants commencent leurs études à Oxford, à Cambridge, où ils passent trois ans (Anatomie, Physiologie, Pharmacologie), puis se font inscrire à une école médicale de Londres, où ils passent deux ans au moins (Cliniques).

Les médecins et chirurgiens de l'Angleterre ont par conséquent des origines bien différentes pour exercer la médecine d'une façon légale, il suffit d'être inscrit sur le « registre médical », publié par le conseil général de médecine.

Peuvent conférer des degrés, en médecine et en chirurgie, les Universités de la Grande-Bretagne, les collèges de médecins et des chirurgiens de Londres, d'Edinburgh, de Dublin, de Glascow et les sociétés des « Apothicaires » de Londres et de Dublin.

Les diplômes décernés par ces établissements donnent droit à l'inscription sur le « registre médical ».

Mais à côté de ces hôpitaux, possédant des écoles de médecine, il y a dans Londres un grand nombre d'hôpitaux et de laboratoires que les étudiants peuvent fréquenter. Il existe aussi beaucoup de dispensaires. Citons encore les asiles d'aliénés avec un total de près de vingt mille lits, les hôpitaux des contagieux (quatorze, avec plus de sept mille lits) et cinq hospices d'enfants (ayant près de sept mille lits).

Par cette énumération rapide, on peut voir que les établissements charitables ne manquent pas à Londres; fait remarquable, ils sont tous entretenus par des contributions volontaires.

Nous n'avons pas pu évidemment les voir tous en détail; ils sont trop nombreux ; aussi n'ayant pas le dessein de décrire successivement tous les hôpitaux que nous avons visités, nous parlerons seulement de ceux qui nous ont paru le plus intéressants.

Les salles de chacun de ces hôpitaux ne diffèrent pas sensiblement les unes des autres; elles sont plus ou moins spacieuses, mais leur disposition n'est pas très variable. Ce qui frappe davantage le visiteur, au premier coup d'œil, c'est le confortable que l'on trouve partout.

Le Poplar Hospital, situé dans le quartier de « East India Road », est un véritable bijou, perle perdue dans la région de White Chapel, une des parties les plus pauvres de Londres. Les murs peints à l'huile, ont des teintes claires: l'air et la lumière pénètrent par de larges fenêtres; les lits, très propres, sont recouverts d'un drap bleu ou rouge. A chaque lit est adaptée une petite table qui sert pour les repas, pour les jeux, pour la lecture, etc.... Chacune d'elles est garnie de fleurs renouvelées chaque matin et emportées le soir, vers six heures, dans une salle particulière.

Au milieu de la salle se trouve un piano, en bois ciré, couvert de fleurs et de plantes vertes. Tout cet ensemble produit le plus gracieux effet. Les repas sont bien servis; les malades n'ont pas seulement le nécessaire, ils ont encore le superflu. Le five o'clock, par exemple, est succulent ; on donne à chaque

malade une tasse de thé, du lait, du beurre et même quelques gâteaux.

Dans les salles d'enfants, le personnel est nombreux ; les « nurses » (c'est ainsi que l'on appelle les infirmières) jouent avec leurs petits malades ; de nombreux bibelots sont mis à la disposition des patients. Au milieu de la pièce nous avons pu voir un grand cheval mécanique sur lequel une nurse tenait un grand bébé ; près de là un phonographe reproduisait à la grande joie des enfants quelques airs de gigue. Des livres, de jolis livres remplis d'images, sont rangés sur une petite table et les enfants les plus sages peuvent s'amuser à regarder leurs belles gravures.

Au milieu de la salle, des palmiers, des plantes grasses, des fleurs aux couleurs tendres ou criardes.

En résumé, on s'efforce partout de donner à l'hôpital un aspect gai, riant. Les salles n'ont pas cet air rébarbatif qu'on leur trouve trop souvent dans nos hôpitaux.

Des gravures, des tableaux, placés sur les murs, complètent cet heureux ensemble ; dans les nouvelles salles d'enfants de l'University Hospital, on a fait mieux ; on a disposé, sur les parois, de grands panneaux de céramique reproduisant des scènes de contes populaires ou de fables. Bâties en croix, les salles de ce dernier hôpital sont bien aménagées, la surveillance y est facile pour une infirmière placée au milieu de la chambrée.

Des salles d'opérations, de la façon de traiter les malades, nous ne dirons rien qui ne soit connu déjà de l'élite des médecins français. Nous devons ajouter cependant que les Anglais s'inspirent beaucoup des principes de l'école française.

Les salles d'opérations sont nombreuses au Guy's hospital, à l'University College (salles de septiques, salle de non-septiques), au London Hospital ; elles méritent une visite rapide.

Ce qui nous a intéressé bien davantage encore c'est la visite des musées ; il y en a de très beaux, renfermant des collections anatomiques et pathologiques tout à fait remarquables.

Chaque collège possède son musée propre : nous avons vu en détail la plupart d'entre eux.

Celui de l'Hôpital Saint-Thomas contient de nombreuses pièces qui sont cataloguées et rangées avec ordre dans une grande salle bien éclairée, à trois galeries circulaires.

Citons au hasard quelques pièces rares et bien conservées.

Chondro-carcinome du poumon, avec des masses ovales et sphériques de cartilage ;

Anévrysme de l'aorte thoracique, ayant détruit en partie cinq vertèbres dorsales, et s'ouvrant dans l'œsophage ;

Anévrysme de l'aorte abdominale, ayant usé une des vertèbres jusqu'au canal neural ;

Tumeurs kystique des os ;

Tumeurs osseuses : ostéosarcome du scapulum ;
» ostéosarcome immense de l'extrémité inférieure du fémur (environ 20 centim. sur 30 centim.) ;

Ostéomyélites : séquestres variés de forme, de dimensions ;

Tumeurs du rectum ;

Tumeurs du rein, entre autres, un sarcome immense ;

Méningocètes ; *encéphalocèles* ;

Quelques *tatouages* curieux.

Signalons, en outre, de dombreuses pièces d'ostéologie, d'arthrologie, de splanchnologie (opérations sur l'estomac et l'intestin : opération de Loretta ; gastrojejunostomie, application du bouton de Murphy...).

Les étudiants sont admis dans cet immense musée ; ils peuvent consulter avec fruit les catalogues, examiner les pièces et les coupes microscopiques y afférentes.

Le Musée de London Hospital possède de nombreuses collections anatomiques, dissection et pièces pathologiques.

Le Musée de Guy's Hospital, tout neuf et confortablement aménagé, contient des modèles en cire qui sont de fidèles et jolies reproductions de différentes régions anatomiques : entre autres, les muscles et les nerfs de la cuisse, les organes thoraciques, les viscères abdominaux, le médiastin, etc...

Le Musée de l'University College est aussi très intéressant à étudier. La collection renferme de nombreux spécimens donnés par Liston, Carswel, R. Quain, Sharpey, Charles Bell, etc.

Il y a également une vieille collection d'instruments de chirurgie ayant appartenu à Robert Liston.

La collection anatomique renferme une centaine de dissections spéciales avec une série de dessins explicatifs en couleur ; une grande variété de préparations ; artères par Richard Quain ; os avec leurs insertions musculaires ; articulations ; plus de 500 spécimens

d'organes ou de tissus injectés pour montrer la distribution des vaisseaux.

Dans la section Pathologique, notons les affections cutanées avec plus de 150 modèles en cire.

Plus de 3.000 pièces se rapportant à la Pathologie externe. Plus de 500 préparations servant à l'obstétrique et conservées dans l'alcool.

Les affections médicales proprement dites sont représentées par 600 préparations et 100 modèles en cire.

Le Collège des chirurgiens, que nous avons eu la bonne fortune de voir complètement grâce à l'obligeance de M. le Directeur, est aussi un des plus curieux. (Le musée était fermé ; comme la plupart des établissements scientifiques, pour le nettoyage annuel qui se fait pendant les vacances, et nous avons pu avoir une autorisation spéciale).

Il compte plus de 24.000 préparations anatomiques et se distingue par une excellente classification. Il comprend quatre salles, possédant chacune plusieurs étages de galeries. On y trouve une collection ostéologique complète, plus de 1.800 crânes, squelettes humains, squelettes d'animaux, pour l'anatomie comparée, de la période préhistorique, de la période historique et squelettes de l'époque actuelle.

Les différentes parties du squelette sont groupées par série ; par exemple : vertèbres, scapulum, appareil hyoïdien, dans la série animale.

La section paléontologique possède d'énormes ossements antédiluviens : mégatherium, milodon, robustus, Dinornis maximus, etc. Signalons encore : de nombreuses dissections ; parmi les plus remarquables, citons les régions inguinale, crurale, un diaphragme d'enfant dont les vaisseaux sont injectés ; des yeux : section équatoriale, section antéro-postérieure ; muscle de l'œil, nerfs, vaisseaux de l'œil.

Une portion d'œsophage montrant les muscles lisses et leur direction. Une injection des canaux pancréatiques et leur dissection ; des préparations montrant les relations de l'utérus avec les organes voisins, les nombreuses ramifications du sympathique abdominal, etc.

Les modèles en cire de Joseph TOWNE, de Guy's Hospital. méritent aussi d'être admirés : modèles en cire des nerfs du cou, du thorax et de l'abdomen : lymphatiques du bras ; valvules du cœur.

Dans la section pathologique, à côté des nombreuses pièces, présentant le plus grand intérêt, une collection de calculs *vésicaux* de toutes formes, de toute structure et de toute résistance (environ 600), *biliaires*, *salivaires* ; calculs du conduit *lacrymal* ; calculs des *poumons et des bronches* ; calculs des *articulations* ; calculs des *veines*, etc.

Citons aussi la section tératologique et de nombreux modèles en cire et des planches dans la section dermatologique.

Il nous a fallu plusieurs jours pour examiner les richesses contenues dans cet immense musée du collège des chirurgiens.

Nous n'avons pas seulement visité les collèges de médecine de Londres, nous avons parcouru les salles du *British Museum*, dans lequel travaillent constamment une foule de chercheurs et de savants de tous pays ; le *Musée d'histoire naturelle* situé dans le voisinage de l'institut impérial : tout serait à voir en détail ; le musée de Géologie, avec ses magnifiques spécimens, la Paléontologie, la minéralogie, la section de botanique, la Zoologie (belles collections d'oiseaux), etc... Nous avons passé plusieurs jours dans ce musée colossal.

Au point de vue de l'organisation des travaux pratiques, nous n'avons pas eu l'occasion de recueillir de renseignements précieux. Les professeurs étaient, pour la plupart, en vacances, et les laboratoires tous fermés pour cause de réparations ou de nettoyage.

Aussi, pour terminer, conseillerions-nous à ceux qui auraient l'intention de visiter les établissements scientifiques et Universitaires de Londres de ne pas y aller pendant les mois d'août et septembre, car ils s'exposeraient à trouver beaucoup de portes closes et il faut user de trop d'artifices, à la vérité, pour arriver à voir ce que nous avons pu observer pendant notre court séjour en Angleterre.

Perforation stomacale simulant l'occlusion intestinale (1)

par le docteur **Juste Colle**, chef de clinique chirurgicale,
et **Paul Butruille**, interne des hôpitaux

Nous avons l'honneur de présenter à la Société de médecine une observation recueillie dans le service de M. le Professeur FOLET.

L'examen clinique présentait plusieurs points déconcertants qui ont fait dévier le diagnostic et aussi le traitement.

Nous avons pu compléter l'observation par l'autopsie

(1) Communication à la *Société de médecine du Nord*, séance du 24 novembre 1905.

qui nous a expliqué ce que nous trouvions obscur. Elle nous a montré chez la malade dont il s'agit l'existence d'une lésion à laquelle il eut été très difficile de remédier.

Observation. — La malade âgée de trente-trois ans, entra à l'hôpital le 13 novembre dernier dans la matinée, avec le diagnostic de *péritonite*. Elle avait eu la veille une douleur dans le ventre, brusque et mal localisée.

Elle présentait à ce moment une température de 36°5 et 98 pulsations à la minute. Ventre ballonné, douleur généralisée à tout l'abdomen, sans aucune localisation spéciale. Sonorité uniforme. La percussion ne causait pas une douleur appréciable. La malade se plaignait en outre d'une douleur à l'*épaule gauche*, qui nous fit penser à l'ulcère de l'estomac. Elle se plaignait aussi depuis longtemps de douleurs gastriques, mais n'avait jamais présenté de melœna ni d'hématémèse. Elle avait été à la selle la veille. On prescrivit de la glace sur le ventre et de l'opium à l'intérieur.

Le soir, température : 37°3. 100 pulsations à la minute.

14 novembre. — Matin, température : 37°8. Pouls, 102.

La douleur ne s'est pas accentuée. Le ballonnement est stationnaire. Pas de selle depuis l'avant veille. Devant l'absence de symptômes aigus de perforation, on donne à la malade 38 centigr. de calomel pour lutter contre la constipation. La douleur à l'épaule gauche persiste.

Température, soir : 38°1. Pouls, 105.

15 novembre. — Température matin 37°5. Pas encore de selle. Pouls 100. Lèvres et dents fuligineuses. Douleur dans tout l'abdomen augmentée depuis la veille. Ballonnement persistant. Facies tiré. Le diagnostic *d'obstruction intestinale* est posé sans qu'on puisse en préciser la cause ; on se décide à la laparotomie dans le but d'aller chercher l'obstacle et de le lever si possible. L'opération est pratiquée par M. le docteur J. Colle, chef de clinique.

A l'ouverture de l'abdomen, les anses intestinales distendues sortent par l'orifice. Elles sont immédiatement garnies de grandes compresses stérilisées.

Dans le flanc gauche l'S iliaque paraît moins dilaté et semble contenir quelques matières fécales solides, palpables à travers la paroi intestinale. L'angle colique gauche est très accentué et présente quelques brides qui sont facilement rompues. On constata la présence, en cet endroit de la cavité péritonéale, d'une petite quantité de sérosité sans odeur. Les adhérences rompues présentaient l'aspect des *adhérences en ficelles* auxquelles Quénu attribue certaines occlusions intestinales.

Les anses distendues semblaient ne contenir que des gaz.

L'obstacle parut être levé par la rupture des adhérences, les anses intestinales distendues furent réintégrées non sans difficultés dans l'abdomen par le procédé de la compresse ; la paroi abdominale est suturée en masse au fil d'argent, en retirant peu à peu la compresse protectrice. Pansement.

Une sonde à entéroclyse introduite alors dans le rectum le plus haut possible, livra passage à des gaz et à des matières liquides. Cette sonde fut remplacée par un tuyau de caoutchouc muni d'œillets latéraux qu'on laissa à demeure. La malade est remise dans son lit, est rechauffée à l'aide de bouillottes. Le drain rectal fut muni d'un tube de caoutchouc plongeant dans un bocal placé sous le lit et à moitié rempli d'eau. Le soir, des matières fécales s'étaient écoulées dans le bocal. Température 37°. Pouls 104. L'eau du bocal est changée.

16 novembre, matin. — Aucune matière ne s'est plus écoulée depuis la veille. Température 37°, Pouls 96, petit. Injection de 250 gr. de sérum. Soir, température 37°1. Pouls 92.

17 novembre. — Facies tiré. temp. 37°, pouls 120, petit et filant. Toujours pas de selle. Le ventre est plus tendu que la veille, le drain rectal est retiré. Il ne s'en écoule rien et il n'est pas bouché. On se résout alors à l'*anus artificiel* croyant toujours avoir affaire à de l'obstruction intestinale. La fistule intestinale est faite dans le flanc droit avec anesthésie locale à la cocaïne en injection sous-cutanée. Dès l'ouverture du péritoine pariétal il s'écoule quelques gouttes de sérosité. Le cœcum se présente à l'orifice, gonflé et tendu. Il est reconnu à ses bosselures et à ses bandes musculaires longitudinales. La paroi est fixée au feuillet pariétal à l'aide de quatre points interstitiels à la soie (supérieur, inférieur, interne et externe. On incise la boutonnière intestinale, par où s'échappent des gaz et *très peu* de matières liquides, un drain est mis dans cette ouverture pour la maintenir béante.

Pansement de la fistule intestinale, renouvellement du pansement de la plaie abdominale, le tout est maintenu par un bandage de corps modérément serré et avec sous-cuisses. Le soir, température : 37°5. Pouls. 125. Injection de 300 gr. de sérum artificiel.

18 novembre. — La malade est morte à 3 heures du matin. L'autopsie est pratiquée dans l'après-midi. On rouvre la plaie médiane et l'intestin est dévidé sur toute sa longueur. du duodénum au rectum. On constate quelques adhérences très légères entre les anses intestinales. L'anus artificiel pratiqué la veille était entouré d'adhérences déjà solides. L'appendice examiné en passant ne présente rien d'anormal. Au niveau de l'S iliaque aucun obstacle au cours des matières. Quelques scybales se trouvent dans le rectum et l'S iliaque. Le grand épiploon que l'on avait écarté pour suivre le tube intestinal présentait avec celui-ci des adhérences très faibles. Les anses situées dans le petit bassin étaient garnies de quelques fausses membranes. Le péritoine contenait environ 150 gr. de liquide louche qui s'accumula dans le petit bassin après que l'on eut récliné en haut la masse intestinale.

Les recherches furent alors dirigées vers l'estomac, sa paroi antérieure était intacte, la paroi épiploïque de l'arrière-cavité, effondrée avec les doigts, l'on y trouva un liquide louche et grumeleux et presque aussitôt une perforation stomacale à bords nets, située sur la paroi postérieure de l'organe près du pylore.

L'estomac fut alors détaché par section du cardia d'une part et de la première portion du duodénum d'autre part. La perforation est tangente au pylore, ses bords nets limitent une perte de substance un peu plus grande qu'une pièce de 50 centimes.

Il s'agissait donc d'un ulcère rond de la paroi postérieure de l'estomac ouvert dans l'arrière-cavité des épiploons. Or le siège de la lésion à la paroi postérieure est relativement rare, puisque Gross, de Nancy, ne l'a relevé que sur un sixième des cas environ.

La douleur irradiée vers l'épaule gauche nous avait bien fait penser à l'ulcère de l'estomac et l'hypothèse d'une perforation avait été émise, mais de suite abandonnée, devant l'absence du tableau clinique habituel de cette affection. En effet, une femme arrivée à l'hôpital 36 heures environ après une perforation stomacale, présente habituellement un pouls plus rapide et plus filant que celui de notre malade ; le tympanisme est exagéré et le facies péritonéal existe. Ici rien de semblable, si bien que le seul symptôme qui attira l'attention le surlendemain de

son arrivée dans le service, fut la constipation. Cette constipation s'explique, après coup, par la paralysie intestinale causée par la péritonite.

Pas de vomissements chez notre malade ! La lésion que nous avons trouvée nous explique aussi cette particularité. La contraction du diaphragme et des muscles abdominaux chassait dans l'arrière-cavité des épiploons les matières qui auraient dû refluer vers l'œsophage.

L'apparition tardive de la péritonite de la grande cavité peut s'expliquer par suite de l'oblitération rapide et habituelle de l'hiatus de Winslow.

Les deux interventions pratiquées ne pouvaient pas amener la guérison.

La laparotomie n'a même pas permis de faire le diagnostic, puisque la lésion n'était pas visible sans que l'arrière-cavité fût ouverte de parti-pris.

Peut-être un diagnostic précoce aurait-il permis une intervention efficace.

Ce diagnostic eut pu se baser sur l'absence de vomissements, accompagnant la péritonite, signe sur lequel a jadis insisté M. le Professeur Folet, sur la douleur de l'épaule droite. Dès lors, le diagnostic de perforation de la paroi postérieure de l'estomac établi, il eut fallu aller directement à l'arrière cavité des épiploons, non point pour suturer la perte de substance, ce qui eut été probablement impossible, étant donné le siège de la lésion, mais pour drainer cette arrière-cavité des épiploons en anastomosant à la paroi abdominale les lèvres de l'incision transépiploïque. C'eût été la conduite à tenir si les symptômes d'occlusion lente n'eussent pas absorbé toute l'attention.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 24 novembre 1905

Présidence de M. Surmont, président.

Exostose de l'humérus

M. **Bernard**, interne, présente au nom de M. le professeur Gaudier, et au sien, une exostose de la partie supéro externe de la diaphyse humérale au-dessus du tiers supérieur du bras. Cette exostose était survenue lentement chez un enfant de 14 ans 1/2 sans traumatisme aucun. Dans ce dernier temps elle était devenue douloureuse. — La radiographie fut pratiquée et nous montra la forme et la situation exacte de cette exostose.

Par une incision sur le sommet de la pointe qui faisait saillie sous la peau on put raboter cette pièce osseuse, remarquable par sa forme quadrangulaire et sa longueur, qui atteint quatre centimètres environ.

Les suites furent normales et la guérison se fit en dix jours de temps.

Astragalectomie pratiquée pour pied bot valgus congénital

M. **Bernard**, interne, présente en son nom et en celui de M. le professeur-agrégé Gaudier, un astragale enlevé pour pied bot valgus congénital, cas très rare.

Il s'agit d'une fillette de six ans qui présentait, ainsi que le montre le moulage du pied, un pied bot valgus congénital avec luxation presque complète de l'astragale.

En dehors sous la malléole externe un creux très appréciable ; en dedans on sentait l'astragale faisant saillie sous le péroné. La réduction naturelle était impossible. La voûte plantaire était complètement effacée.

La masse musculaire du membre était atrophiée, et le membre lui-même présentait un raccourcissement de deux ou trois centimètres.

Par une incision externe, M. Gaudier pratiqua l'astragalectomie. L'astragale fut enlevé en deux pièces et la réduction s'opéra facilement.

Le pied fut immobilisé dans un plâtre et trois mois après l'enfant revenait complètement guéri, ainsi que nous le montre le moulage pris il y a quelques jours.

Pièces anatomiques provenant d'enfants atteints de spina-bifida

M. **Bernard**. — J'ai l'honneur de vous présenter au nom de M. le professeur Gaudier et au mien, deux squelettes de colonne vertébrale ayant appartenu à des enfants atteints de spina-bifida.

La première, avec large fente postérieure dorso-lombo-sacrée, est celle d'une fillette de sept mois dont il est intéressant de rappeler l'histoire.

L'enfant se présenta à nous porteur, à la partie inférieure du dos, d'une tumeur ovalaire, du volume environ d'un œuf d'autruche, dont les dimensions exactes étaient de quinze centimètres dans le diamètre longitudinal, treize et onze centimètres pour des diamètres transversaux et six centimètres de hauteur, c'est-à-dire du sommet de la tumeur au plan général du dos.

La paroi était membraneuse, mince, transparente, mais dure, parcheminée, kératinisée et de place en place de larges écailles se détachaient et l'ulcération paraissait prochaine. L'enveloppe était peu tendue et un liquide citrin fluctuait sous elle lorsqu'on imprimait des mouvements à la tumeur.

Au point culminant la paroi présentait une tache blanchâtre irrégulière à contours très découpés.

La palpitation permettait de reconnaître sur le pourtour de la tumeur non réductible un rebord cartilagineux sur lequel s'insérait en quelque sorte la tumeur.

L'enfant présentait en outre une hydrocéphalie considérable. La circonférence de la tête atteignait 53 centimètres. La disjonction interpariétale était très marquée et

l'on mesurait 17 centimètres du bord postérieur de la petite fontanelle à la limite antérieure de la grande fontanelle. La petite fontanelle avait une largeur maxima de six centimètres ; la grande de huit centimètres.

Le visage était petit, grimaçant ; les yeux en strabisme convergent très prononcé s'apercevaient à peine.

On n'observait pas de propagation à la pression de la tumeur sacrée au sommet de la tête.

Les membres inférieurs étaient paralysés mais non contracturés et l'on trouvait à leur niveau des zones irrégulières et très larges d'anesthésie, les pieds étaient en pieds-bots varus.

L'enfant était venu à terme ; mais on avait dû pratiquer une application de forceps. Il ne présentait alors au niveau de la région lombaire qu'une plaque de la grandeur de la paume de la main, à peine saillante. Le gonflement ne s'était produit que lentement depuis ce temps. L'état général était excellent. L'enfant, nourri au biberon, ne présentait pas de troubles digestifs, ni urinaires. Pas d'escharres sacrées. — On ne notait qu'une adipose sous-cutanée assez appréciable. L'enfant était en outre dans un état de somnolence à peu près permanent ; pas de cris hydrencéphaliques. Les contrindications opératoires étaient l'hydrocéphale et la paraplégie, et si l'on opéra c'est que la poche était prête à se rompre.

M. Gaudier pratiqua l'excision de la paroi de la poche hydrorachidienne : ponction du liquide puis double incision elliptique en quartier d'orange circonscrivant la tumeur. La moelle sortait du canal rachidien à la partie supérieure de la poche puis s'étalait, se divisait en de nombreux cordons inégaux qui venaient s'attacher à la peau au niveau de la tache blanchâtre que l'on apercevait à l'extérieur, puis se disséminaient à nouveau à la partie inférieure. La libération des filets nerveux et de la paroi fut très pénible tant l'adhérence était forte. La peau fut ramenée sur l'immense brèche osseuse, au-dessus du paquet nerveux et suturée, on laissa un drain à la partie inférieure. La quantité de liquide recueillie pendant l'intervention était de 400 grammes environ. Le volume du crâne n'avait pas changé. Les premiers jours la température monta à 38°5, puis redevint normale. Au sixième jour on enleva les fils. La réunion était complète.

L'enfant eut au septième jour quelques crises convulsives des membres supérieurs, et des muscles de la face. Il mourut au huitième jour après l'opération.

A l'autopsie, qui fut tardive, je découvris une bouillie puriforme, après décollement de la suture, et il me fut impossible de détacher et de suivre les filets nerveux. La suppuration avait envahi les méninges de la moelle au-dessus du spina.

Le cerveau de l'enfant, aux ventricules latéraux si dilatés vous fut présenté à la dernière séance par M. Gellé.

J'ai enlevé et préparé la colonne vertébrale de cet enfant. Elle présente très nettement une non soudure des arcs vertébraux en arrière et sur la ligne médiane, depuis la dernière vertèbre dorsale, s'étendant aux vertèbres lombaires et sacrées.

Cet étalement considérable des vertèbres forment ainsi une sorte de gouttière limitée sur les côtés par un rebord ostéocartilagineux, et contenait la moelle épinière très dissociée en filets nerveux de diverses grosseurs, très enchevêtrés dont la suppuration et l'état rapide de putréfaction du cadavre, ne me permirent pas de rechercher le trajet et la terminaison.

La deuxième colonne est celle d'un enfant de vingt jours, opéré aussi autrefois dans le service de M. Gaudier.

Chez ce dernier la brèche congénitale osseuse était beaucoup moins considérable et s'étendait seulement aux seules vertèbres sacrées et à la dernière vertèbre lombaire.

M. **Gaudier** dit combien il était difficile, sous l'influence de la pression, d'obtenir une poche étanche. Le résultat dépassa toute prévision.

M. J. **Colle** cite le cas d'un enfant des environs de St-Omer, opéré il y a environ six ans, par M. J. Colle, d'un spina bifida lombaire.

La guérison fut obtenue, mais l'enfant revu récemment, parfaitement développé, présentait de l'incontinence des matières fécales et des urines.

M. **Gaudier** insiste sur la disposition anatomique des filets nerveux qui s'insèrent sur la poche.

M. **Dubar** a vu des enfants ne pas souffrir d'un spina-bifida non opéré.

M. **Oui** demande à M. Gaudier si la ponction n'eut pas été indiquée dans un semblable cas.

M. **Gaudier** ne put la pratiquer, les tissus étant trop délicats et menaçant de se rompre.

Syringomyélie avec hémiatrophie faciale et linguale

MM. **Deléarde** et **Breton** présentent à la Société un malade atteint de syringomyélie.

C'est un homme de 38 ans. Le début de l'affection remonte à vingt ans. Successivement ont apparu des troubles vaso-moteurs et trophiques : panaris à répétition, déformations digitales, main succulente, ecchymoses, maux perforants, etc. L'atrophie des éminences thénar et hypothénar, des interosseux existe aux deux membres, plus à gauche qu'à droite. La dissociation de la sensibilité au chaud et au froid n'existe qu'aux mains et cesse brusquement aux poignets. On note encore de la scoliose ; enfin, une hémiatrophie faciale gauche, avec léger rétrécissement de la fente palpébrale, une hémiatrophie linguale droite complètent le tableau symptomatique.

Ces derniers symptômes, bien que classiques, sont cependant rares puisqu'une statistique faite l'année der-

nière par M. Ingelrans, ne comportait que trente sept cas publiés à cette date d'hémiatrophie de la langue dans la syringomyélie.

M. **Ingelrans** rappelle la malade qu'il a présentée à la Société, le 15 avril 1904. Celle-ci présentait de l'hémiatrophie linguale, moins prononcée que dans le cas présent, mais la racine descendante du trijumeau était touchée, car le territoire de distribution du lingual à gauche offrait de la dissociation des sensibilités.

Calcul oxalique

M. **Ingelrans** présente à la Société un calcul d'acide oxalique rendu par un malade sans aucune douleur. Ce calcul a la forme d'un haricot. Il n'est intéressant que parce qu'il a franchi l'urètre avec la plus grande facilité.

Perforation stomacale simulant l'occlusion intestinale

MM. **J. Colle** et **Butruille.** — L'observation est *publiée in-extenso dans le présent numéro.*

M. **Surmont** dit que les péritonites sans vomissements sont considérées par un certain nombre d'auteurs comme pathognomoniques d'une perforation de l'estomac. Le professeur Folet en a publié un bel exemple ici même, il y a quelques années.

M. **Gaudier** cite le cas d'un soldat typographe observé par M. Barthélémy. Ce malade, après avoir été opéré pour symptômes d'occlusion intestinale, mourut le deuxième jour. La lésion trouvée à l'autopsie fut une perforation de la paroi postérieure de l'estomac près du pylore.

M. **Breton** insiste sur certains détails anatomo-pathologiques. Il montre l'absence de callosité des bords de l'ulcère et compare celui ci à ceux produits par l'injection de substance toxique, déterminant parfois des perforations brusques par chute d'escarre.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Responsabilité des maîtres pour soins médicaux donnés à leurs domestiques

JUGEMENT SUR APPEL DE JUSTICE DE PAIX

Tribunal de Neufchâtel-en-Bray.

(12 Juillet 1905).

Motifs :

Attendu que le 6 septembre 1904, Mlle P., aide-cultivatrice chez D... fils, cultivateur à St-V., a été victime d'un accident ; que D. s'est empressé de prévenir son médecin particulier, le docteur G., qui s'est immédiatement rendu à St-V. et a prodigué ses soins à la blessée ; qu'il est reconnu par toutes les parties en cause que ce médecin, domicilié dans l'arrondissement de D., avait un trajet d'environ 4 kil. à accomplir pour se rendre chez la malade ;

Attendu que le docteur G. prétend que D. s'est engagé, personnellement, à son égard et lui réclame 153 francs pour soins donnés à Mlle P. ; que D. fils, de son côté, soutient n'avoir obéi, simplement, qu'à un sentiment d'humanité, en faisant chercher son médecin et qu'il ne saurait être tenu au paiement des honoraires réclamés ; que le juge de paix du canton de L., saisi de cette difficulté, a par jugement du 3 mars 1905, débouté le défendeur de ses prétentions, admis, au contraire, celles du docteur G. et a condamné D. fils au paiement de la somme de 153 francs et à tous frais ; qu'il est appelé de ce jugement ; qu'il échet de rechercher si le dit appel est fondé ou non ;

Attendu que, si le témoin d'un accident n'engage pas sa responsabilité, envers le médecin auquel il s'adresse, mû par un sentiment d'humanité, il en est autrement de l'intermédiaire ayant des raisons spéciales de s'intéresser au blessé ; que, dans l'espèce, Mlle P. était au service des époux D. et que D. ne s'est pas borné à prévenir le docteur G., mais qu'il a suivi toutes les phases du traitement et a même assisté personnellement aux divers pansements ou à certaines visites du médecin traitant ; que, dans de pareilles conditions, ce dernier était autorisé à croire que le patron prenait tous les frais à sa charge :

Attendu qu'il resulte d'une jurisprudence constante que le maître qui a fait appeler un medecin, pour soigner un domestique malade, est personnellement tenu au paiement des honoraires de ce médecin, à moins qu'il n'ait préalablement averti ce dernier qu'il ne veut pas assurer les frais du traitement medical, ce qui n'a pas eu lieu, dans le cas actuellement soumis à justice ; qu'en outre, il est d'usage que les médecins réclament le prix des soins donnés aux gens de services, non à ceux-ci, mais à leurs maîtres (Tribunal de paix de la Ferté-Bernard, 4 avril 1898 ; Lyon 15 novembre 1898. Sirey, 102, 2, 1898 ; Tribunal civil de la Seine, 11 juillet 1900 ; Tribunal de paix de Gournay, 15 février 1902 ; Tribunal de Neufchâtel, 1er mars 1905) ;

Attendu que D. a lui-même si bien compris qu'il avait assumé personnellement les frais nécessités par l'accident survenu à Mlle P. que, subsidiairement, il a offert, par conclusions du 4 juillet courant, une somme de 57 fr. 50 ; qu'il a ainsi reconnu le bien fondé des prétentions de son adversaire.

Sur le chiffre des honoraires réclamés ;

Attendu que le tarif de l'assistance publique n'est applicable qu'aux accidents prevus par la loi du 9 *avril* 1898 *et aux malades inscrits par la municipalité sur les listes de l'assistance publique* ; que l'accident dont Mlle F. a été victime a *un caractère exclusivement agricole qui exclut l'application de la loi de* 1898 ; qu'en outre, Mlle P. n'était pas et n'a jamais été inscrite sur la liste des indigents auxquels est accordé le bénéfice de l'assistance médicale gratuite ;

Attendu que le tribunal a des éléments d'appréciation suffisants pour fixer à 100 francs le quantum de la rémunération due au docteur G., pansements et accessoires ; que, dans ces conditions, les offres de D. doivent être déclarées insuffisantes et non libératoires.

Par ces motifs, le tribunal, statuant en matière sommaire et en dernier ressort, ouï en ses conclusions M. Martin-Jaubert, substitut de M. le Procureur de la République, après en avoir délibéré ;

Déclare insuffisantes et non libératoires les offres de D.;

Dit et juge qu'une somme de cent francs sera largement suffisante pour rémunérer le docteur G. de ses soins, visites, pansements et accessoires ;

En conséquence condamne D. à payer au docteur G. une somme de 100 francs pour soins donnés à Mlle D., et ce, avec intérêts de droit. (*Tribune Médicale*).

ALCOOLIA

Les confidences d'un mastroquet

Nous empruntons à la *Normandie médicale* le petit tableau suivant de la journée d'un marchand de vins, esquissé par un étudiant en médecine de Rouen :

« Vous ne vous imaginerez jamais le travail que l'on a dans un établissement où viennent boire et manger les débardeurs du quai, me disait, il y a quelques jours, un de ces aimables commerçants des rives de la Seine. Toute la journée, c'est un labeur incessant, un va et vient sans interruption. A peine a-t-on fini de mettre tout en ordre, qu'il faut recommencer à servir ; il y a des jours où l'on ne sait où donner de la tête. A l'apéritif, les clients sont parfois obligés de faire queue pendant une demi-heure, et pourtant les consommateurs ne perdent pas leur temps à boire ; en un temps, trois mouvements, les verres sont avalés ! Ah ! c'est un dur métier ! Oui, monsieur, à quatre heures du matin, ils sont déjà à frapper à votre porte. Vite en bas du lit pour servir la soupe, les reliefs de viande, le pain, le fromage, selon le goût du client, le tout pour quatre sous, guère plus, accompagné d'un litre de boisson et d'un petit sou avec cinq ou six sous d'eau-de-vie — soit un septième de litre. Après quoi, avant de partir, le consommateur prendra — c'est l'habitude — une rincette de trois sous au comptoir. Puis il va à son travail, bien lesté comme vous le voyez.

A 11 heures : apéritif. Le bitter, le vermouth et surtout les quinquinas sont peu prônés ; il y a bien un ou deux ouvriers qui en usent, mais ceux-là sont rares. Pour la grande majorité, c'est l'absinthe qui roule. Deux absinthes à trois sous voilà l'ordinaire ; seulement il faut avoir l'œil et ne verser l'eau que lorsqu'on a vu les trois sous, car la main du consommateur est leste et le gosier en pente rapide ; l'absinthe est déjà avalée alors que le débitant n'y a vu que du feu, et... pas d'argent. Le débardeur laisse alors en gage sa montre lorsqu'il en a ; son couteau, son paletot — objets d'une valeur douteuse — et, ce qui est plus sûr, son crochet qui lui sert à soulever les balles de coton, son instrument de travail. On jette ça sous le comptoir jusqu'à ce qu'on rapporte les trois sous. J'en ai tout un stock, si vous êtes curieux ?... — ... — Ah ! à propos, une consommation très en vogue, c'est le « *lard foncé* ». Vous vous demandez sans doute quelle boisson mystérieuse se cache sous ce nom ? Absinthe et café mélangés ; le café remplace l'eau. Les femmes le préfèrent ainsi.

A midi, repas : soupe, ragoût de pommes de terre ou haricots, fromage... La valeur du repas ne dépasse guère cinq à six sous, toujours avec un litre de boisson à trois sous et un petit sou avec un septième de litre. Après le repas, nouvelle rincette obligatoire au comptoir, avant de partir... c'est l'usage, histoire de se donner du cœur à l'ouvrage.

A 3 heures, le débardeur vient « *faire boisson* » c'est ce que nous appellerions faire collation). Toujours quatre sous de pain et de fromage, un litre de boisson, un petit sou et un septième. — Et la rincette ? — Non, pas à 3 heures, monsieur, ce n'est pas l'habitude. A 5 heures, apéritif ; cette fois, l'on n'en prend qu'un : une absinthe. — Encore une absinthe, ? — Oui, monsieur Ah ! voyez-vous, l'absinthe, c'est d'un bon rapport ; on arrive : vite, « *une vitesse pour Charenton* » « *une vitesse pour Quatre-Mares* » ; ils lui donnent toutes sortes de noms, parce que, disent-ils, ça fait devenir fou ! mais c'est d'un bon rapport, monsieur, c'est le meilleur des bénéfices. Et aussitôt servie, aussitôt avalée ! Trois sous d'absinthe, c'est pour rien ! Le soir repas analogue à celui de midi. La femme — qui casse du charbon — prend le repas avec son mari. On a été chercher les enfants confiés pour la journée à une voisine et l'on soupe en chœur. La femme prend de l'anisette, car ces dames ont un faible pour l'anisette, et les enfants font connaissance avec le petit sou bien arrosé. Puis on rentre se coucher ni trop tôt ni trop tard. Le célibataire lui, demeure à boire l'argent qui lui reste, car le lendemain, il n'a plus un sou et il vient parfois vous demander une soupe à crédit. Et je la donne, monsieur, car, voyez-vous, il faut être humain, on ne peut pas refuser une soupe à un homme qui vous demande une soupe ! Je ferme la boutique lorsqu'il n'y a plus de consommateurs, ou bien lorsqu'il n'y a plus que quelques ivrognes attardés qui ne se décideraient pas, sans cela, à s'en aller. Et le lendemain, à 4 heures il faut sauter hors de son lit, car en bas l'on crie, l'on s'impatiente. C'est un dur métier, monsieur, seulement on y gagne gentiment sa vie. Puis lorsqu'au bout de dix ans, on a fait sa petite pelote, on peut se reposer dans quelque café plus tranquille, fréquenté de quelques bourgeois et habitués fidèles et puis peut-être aussi, monsieur, acheter une automobile... oui, une automobile qui vous permet d'aller respirer l'air fouettant des grand'routes pour chasser de votre nez les odeurs épouvantables que l'on respire ici... »

Et le patron se lève pour mettre à la porte, sans aucune délicatesse, deux consommateurs qui me semblent un peu allumés et qui, d'un commun accord, accablent le patron d'injures qu'il ne semble pas entendre, sans doute par habitude ; celui-ci revient vers moi en souriant :

« De la poigne, monsieur, il faut de la poigne, sans quoi, si l'on était craintif, ces gaillards-là prendraient des verres à votre santé... sans les payer... De la poigne et de la douceur... Ah ! c'est un dur métier, allez !... »

P. Provotelle,
Interne en médecine à l'asile de Quatre-Mares.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Les **congés du jour de l'an** ont été fixés ainsi qu'il suit par le Conseil de l'Université de Lille : les cours vaqueront du samedi soir 30 décembre au lundi matin 8 janvier 1906.

— Nous enregistrons avec plaisir la **nomination**, sur sa demande, dans la chaire de droit international public et de droit constitutionnel de la faculté de droit de Lille, notre collaborateur le professeur J. Jacquey et lui en adressons toutes nos félicitations.

— Le concours pour l'**internat en pharmacie** a eu lieu le lundi 4 décembre, sous la présidence de M. le professeur-doyen Combemale, administrateur des hospices, devant un jury composé de MM. les professeurs Gérard (E.), Vallée, Thibaut, et MM. Leclair et Bouriez, pharmaciens.

A l'épreuve écrite, la question tirée au sort a été *Suppotoires et ovules*; *chlorures, bromures et iodures*. Restaient dans l'urne : *Oxygène et eau oxygénée* ; *analyse d'urines. Analyse de l'eau* ; *vins médicinaux. Considérations générales sur l'asepsie et l'antisepsie*; *sulfate de quinine. Chlore et hypochlorites* ; *eaux distillées*.

A l'épreuve orale, les candidats ont eu à traiter : *Analyse de l'eau par la méthode du comité consultatif d'hygiène de France ; essai du perchlorure de fer*. Restaient dans l'urne : *Ferments solubles employés en pharmacie ; recherche de l'albumine dans l'urine. Alcaloïdes, caractères et réactifs généraux; dosage de l'azote total dans les urines. Acide phosphorique ; sucs végétaux. Eau oxygénée, essai ; analyses d'urines.*

A la suite d'un concours satisfaisant, le jury présente à la commission des hospices comme internes titulaires : MM. Guche, Lepreux, Boudois, Legrand, Duquesnoy ; comme internes provisoires : MM. Rivelois et Dupret.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Ecole de plein exercice de Marseille. — M. le docteur Berg, suppléant des chaires de physiques et de chimie, est prorogé pour trois ans dans ses fonctions.

Ecole préparatoire de Tours. — M. le docteur Menuet est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Ecole préparatoire de Rouen. — M. le docteur Halipré, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé en outre des fonctions de chef des travaux d'anatomie et de physiologie.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur Lebon, de Saulsies (Meurthe-et-Moselle) ; Pierrugues, de Callas (Var).

BIBLIOGRAPHIE

Lettre à un jeune homme qui veut étudier la médecine, par le docteur Dumas, de Lédignan (Gard). Librairie Henry Paulin et Cᵉ.

Le docteur Dumas, de Lédignan, a pensé qu'il était bon de réunir en une seule brochure les conseils que, naguère, il adressait dans la « Revue de Déontologie » sous forme de « Lettres », aux futurs médecins.

Avec des paroles claires, honnêtes et simples, avec son expérience de praticien éprouvé, avec la tolérance qui est au fond de l'esprit de tous ceux qui ont vécu, le Dr Dumas, de Lédignan, donne à l'apprenti médecin des conseils informés et sages; sans doute, il n'épuise pas la matière ; il n'y prétend pas d'ailleurs. Mais simplement, au courant du souvenir et de la plume, l'auteur trace aux jeunes étudiants un tableau réel, vécu, parfois anecdotique de la vie professionnelle qui les attend... et qui, trop souvent, hélas, diffère des rêves dorés de la vingtième année. Le tableau n'est pas poussé au noir, mais avec une bonhomie charmante, l'auteur fait saisir les grandeurs et les servitudes, les noblesses et les misères dont la profession médicale se compose.

Annuaire des eaux minérales, stations climatiques et sanatoriums de la France et de l'Etranger. — Edition 1905, publiée sous la direction du docteur G. Morice, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*. Librairie Maloine, 23-25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, ou aux Bureaux de la *Gazette des Eaux*, 60, rue Mazarine, Paris (6ᵉ).

La nouvelle édition 1905 de l'Annuaire des Eaux minérales (47ᵉ année), contient :

1° Une étude très complète et très précise sur la Législation des Eaux minérales en France, aux Colonies et à l'Etranger ; — 2° Les renseignements généraux sur le service et le fonctionnement administratif des Eaux minérales au Ministère de l'Intérieur, à Paris; — 3° La liste du personnel chargé de ce service; celle des membres du Comité consultatif d'hygiène, de la Commission des Eaux minérales à l'Académie de Médecine, etc. ; — 4° La liste des hôpitaux thermaux militaires ; — 5° Les listes des médecins des stations hydrominérales et climatiques de la France (listes par stations et liste d'ensemble par ordre alphabétique) ; — 6° La liste des membres de la Société d'hydrologie médicale de Paris et du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France ; — 7° Quelques indications sommaires sur l'œuvre des Voyages d'études médicales aux Eaux minérales ; — 8° La nomenclature générale des stations hydrominérales de la France et des colonies françaises ; — 9° Le memento de leurs principales indications thérapeutiques ; — 10° La nomenclature des stations climatiques et sanatoriums de la France et des colonies françaises ; — 11° La liste des principaux établissements hydrothérapiques de Paris et des départements.

Voilà pour la partie française.

Pour l'étranger, et tout à fait à part, dans le but de faciliter les recherches, l'Annuaire passe successivement en revue : a) Les stations hydrominérales, avec toutes leurs subdivisions ; — b) Les stations climatiques et sanatoriums les plus connus. (Cette partie sera complétée au fur et à mesure des renseignements reçus.)

Enfin, un index alphabétique de toutes les stations et une table méthodique des matières forment ce petit volume, dont les succès passés présagent le succès futur.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

La paralysie générale progressive, sa parenté avec la confusion mentale primitive, par le docteur Paris, Nancy, *Kreïs*, 1905.

— **Recherches sur l'épuration biologique et chimique des eaux d'égout effectuées à l'Institut Pasteur de Lille et à la Station expérimentale de Lille**, par MM. le docteur Calmette, Rolants, Boullanger, Constant, Massol et le professeur Buisine, Paris, *Masson*, 1905.

— **Interprétation nouvelle du mécanisme de l'hémoptysie tuberculeuse, thérapeutique préventive de l'hémoptysie**, par le docteur Barbary, Paris, *de Rudeval*, 1905.

— **La mortalité infantile dans le département du Nord, étudiée pendant la période sexennale 1897-1902**, par le docteur E. Ausset, Paris, *O. Doin*, 1905.

— **La lutte antituberculeuse en France**, guide du congressiste, Paris, *Masson*, 1905.

— **La lutte contre la tuberculose en Suède**, par le docteur Henschen, 1905.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

48e Semaine du 26 novembre au 2 décembre 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	3
3 mois à un an	3	3
1 an à 2 ans	2	5
2 à 5 ans	»	1
5 à 20 ans	3	1
20 à 60 ans	13	16
60 ans et au-dessus	15	15
Total	40	44

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Erysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	3	»	»	»	»	»	»	2	6	9
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	2	1	1	»	»	»	»	»	»	4	10	17
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	3	1	»	4	1	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	6	17	23
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1	»	»	4	7	4
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	3	1	»	2	»	»	1	2	»	»	6	»	»	»	»	»	3	18	6
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	5	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	9
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	3	6	9
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	3	4	6
Total	»	»	»	»	»	14	2	»	7	1	»	3	6	3	8	8	»	»	1	»	»	26	79	99

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 466. Neuvième Année. N° 51. Le Numéro : 10 centimes 17 Décembre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

AVIS. — Nous prions nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir le montant de leur abonnement pour 1906, en un mandat ou bon de poste, adressé à M. le docteur COMBEMALE, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté, Lille.

Passé le 18 décembre, nous ferons présenter à domicile, par la poste, une quittance représentant le montant de l'abonnement, majorée de 0,50 c. pour frais de recouvrement.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de contagion directe de fièvre typhoïde

par le professeur **Combemale**

J'ai déjà eu l'occasion de rapporter des observations cliniques dans lesquelles, sans discussion possible, le contage de la fièvre typhoïde n'avait point été apporté par le véhicule ordinaire, l'eau. Je crois pouvoir fournir un nouveau cas indiscutable de contagion directe de la fièvre typhoïde.

Certes, je n'ignore point que dans les hôpitaux, les médecins sont particulièrement bien placés pour observer ce mode de contagion chez ceux que leurs pratiques appellent à soigner les typhoïdiques : infirmiers, religieuses, internes paient un tribut suffisamment lourd à la dothiénenthérie pour que la remarque ait été faite de leur facile contamination, contagion directe par conséquent. Des malades voisins de salle des typhiques, contractant la fièvre typhoïde par l'intermédiaire de la chaise percée, de linges souillés, des mains du personnel, sont d'autre part assez nombreux pour que ce mode de contagion à l'hôpital soit admis. Plus rares sont les cas rapportés tirés de la clientèle privée. Et cependant, je les crois aussi fréquents que les cas de contagion hospitalière.

Comme les observations que j'ai rapportées il y a cinq ans, celle-ci est tirée de ma clientèle privée. Si chacun de nous apportait le résultat de ses remarques, comme NETTER a demandé de M. HAUSER de le faire pour les typhiques de son service (1), j'ai la certitude que le nombre de ces cas serait rapidement élevé et que le rôle problématique de certaines causes d'autant plus en faveur qu'on se donne moins la peine de fouiller l'étiologie de chaque cas, serait vite réduit à sa véritable valeur.

Voici le fait clinique :

M. L..., âgé de 25 ans, revient de Russie le 19

(1) COMBEMALE. Deux cas de contagion directe de la fièvre typhoïde *Echo Médical du Nord*, 1899, p. 601.

octobre 1904 pour s'aliter le jour même de son retour. Je suis appelé à lui donner mes soins dès le lendemain 20 octobre et je ne tarde point, en présence d'une fièvre à 39° continue, d'un état saburral de la langue, d'une constipation opiniâtre, de l'insomnie, du dicrotisme du pouls, à affirmer la dothiénentérie. Le malade vient de passer trois mois à Saint-Pétersbourg, travaillant beaucoup dans les bibliothèques, s'y nourrissant relativement mal ; se sentant fatigué, l'esprit alourdi, il pense se distraire en faisant par la Baltique et le canal du Nord, son voyage de retour, mais durant la traversée, tous les soirs il frissonnait, tous les jours il se sentait plus accablé ; un séjour de vingt-quatre heures à Londres, où il touche barre avant de gagner la France a achevé de le mettre à bas.

Pendant quinze jours, la fièvre a 39°5, la constipation, l'anorexie, l'insomnie ont caractérisé cette dothiénentérie, qui s'est terminée le plus simplement du monde, sans à-coup, sans menaces, de façon tout-à-fait classique.

Alors que j'espaçais mes visites depuis quelques jours, la mère de M. L..., âgée de 50 ans environ, s'alitait à son tour le 14 novembre. Dyspeptique, un peu casanière, Madame L..., veuve depuis quelques années, ayant reporté sur son fils toutes ses affections, avait admirablement soigné son fils durant sa fièvre typhoïde, se refusant à ce que toute personne étrangère s'occupât de la besogne matérielle qu'amène la présence d'un malade dans une maison, procédant à tous les nettoyages de vases intimes, les changements de linge, etc. Les ablutions après ces toilettes avaient été exécutées, comme elles avaient été recommandées. Le surmenage physique et moral n'était pas niable chez madame L..., qui avait peut-être à se reprocher quelques infractions aux recommandations faites pour éviter la contagion.

Le diagnostic ne fut pas long à établir pour moi, quand je me remémorai la lassitude dont plusieurs jours auparavant le malade m'avait entretenu et quand je constatai pouls dicrote, fièvre à 39° ; diarrhée, météorisme, etc. L'évolution de la maladie devait me confirmer du reste dans mon diagnostic. Cette fièvre typhoïde se termina heureusement sans rechute, avec quelques alertes passagères du côté du cœur, en réalité comme une typhoïde d'intensité moyenne.

Depuis nombre d'années, le fils et la mère ne buvaient pas d'autre eau que de l'eau bouillie, et soigneusement bouillie. Durant la maladie du fils, la mère n'avait pas bu d'autre eau que de l'eau bouillie ; les eaux minérales n'entraient pas dans la maison. L'ingestion d'huîtres ne s'était pas produite depuis longtemps. Aucun légume n'était mangé cru dans le ménage. Bref, s'il était une maison dans laquelle la fièvre typhoïde ne devait jamais entrer, tant on faisait bonne garde contre elle, c'était bien la maison de madame et de monsieur L..., son fils.

Me souvenant que le lait, le beurre, la viande (1) ont été dans certains cas les véhicules du bacille d'Eberth, j'ai éliminé ce mode de contagion par le fait qu'une jeune bonne et une tante de M. L..., nourries dans la maison de la même façon que la mère, n'ont pas été ultérieurement contaminées.

Il ne semble guère que l'on puisse imputer à une autre cause que la contamination directe lors des soins intimes donnés au malade, la survenue de cette seconde fièvre typhoïde dans une famille où les précautions étaient d'autre part si bien prises.

C'est pourquoi, malgré sa banalité apparente, j'ai tenu à rapporter cette observation, dont la morale à l'usage du monde est que le dévouement maternel peut n'être récompensé que par la maladie, et la morale à l'usage des médecins est que quand on sait que l'on risque le danger de la dothiénentérie, aucune précaution n'est excessive.

(1) L'exemple de contamination typhique par la viande est trop frappant pour que je ne le signale point d'après Haibe et Laruelle (Mesures hygiéniques applicables à la fièvre typhoïde *Presse Médicale belge*, 1905, p. 402). Cette viande était conservée dans un garde-manger installé contre un mur que traversait une fosse d'aisance. A la suite de l'usure, cette conduite avait cessé d'être étanche, et laissait passer des matières qui s'infiltraient au travers du mur et contaminaient directement le garde-manger. Une personne de la famille prend la fièvre typhoïde ; quelques jours après, la servante et le cuisinier, qui n'avaient cependant aucun rapport avec la malade, sont atteints de la même manière ; enfin, le médecin traitant, qui avait déjeûné dans la maison, n'y échappe pas. On fait une enquête et on constate que toutes ces personnes avaient mangé ces viandes contaminées par des infiltrations provenant de la fosse d'aisance.

Vingt et un cas d'idiotie avec autopsie

Méningite. Méningo-encéphalite. Arrêt simple de développement. Sclérose atrophique. Sclérose tubéreuse ou hypertrophique. Microcéphalie. Pseudo-porencéphalie bilatérale et symétrique. Pseudo-porencéphalie unilatérale. Méningo encéphalite chronique avec atrophie de l'hémisphère gauche

Par les Docteurs

E. Chardon, Directeur médecin et G. Raviart, Médecin adjoint

de l'asile des aliénés d'Armentières.

L'idiotie, dit Féré, est un syndrome caractérisé par un arrêt de développement primitif ou secondaire, congénital ou acquis pendant les premières périodes de la croissance, de la motilité, de la sensibilité et conséquemment de l'intelligence, dont la gravité varie avec l'étendue et la nature de la lésion.

Il est nécessaire que les altérations intéressent une certaine étendue de la corticalité et en particulier des régions frontales, car elles ne produiraient sans cela que des phénomènes paralytiques ou convulsifs, et non le déficit psychique caractérisant l'idiotie. Cette réserve étant faite, toute lésion inflammatoire ou destructive de l'encéphale, survenant pendant la vie intra-utérine ou durant les premières années de la vie, pourra être le point de départ de déviations de développement ultérieures, et entraver l'épanouissement des facultés intellectuelles. On conçoit que

dans ces conditions, le nombre des formes anatomo-pathologiques de l'idiotie soit illimité ; quant à présent, BOURNEVILLE distingue les dix que voici :

1° Idiotie symptomatique de méningite chronique (idiotie méningitique) ;

2° Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite chronique (idiotie méningo-encéphalitique) ;

3° Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions sans malformations, avec lésions des cellules nerveuses (idiotie congénitale idiopathique) ;

4° Idiotie symptomatique de sclérose hypertrophique ou tubéreuse ;

5° Idiotie symptomatique de sclérose atrophique : *a*) sclérose d'un hémisphère ou des deux hémisphères du cerveau (sclérose hémisphérique ou di-hémisphérique) ; *b*) sclérose d'un lobe du cerveau (sclérose lobaire) ; *c*) sclérose des circonvolutions isolées ; *d*) sclérose chagrinée du cerveau ;

6° Idiotie hémiplégique ou diplégique, symptomatique de *lésions en foyer* dues à une oblitération vasculaire ou à une hémorrhagie (pseudo-porencéphalie, etc.) ;

7° Idiotie symptomatique de l'*hydrocéphalie* ventriculaire simple ou compliquée d'hydrocéphalie extra-ventriculaire (idiotie hydrocéphalique) :

8° Idiotie avec cachexie pachydermique ou *idiotie myxœdémateuse* liée à l'absence de la glande thyroïde ;

9° Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement du cerveau avec *malformations congénitales* (*porencéphalie vraie*, absence du corps calleux, du trigone cérébral d'une circonvolution, etc.) ;

10° Idiotie symptomatique de *microcéphalie* par arrêt de développement avec ou sans malformations, ou reconnaissant pour causes des lésions survenues après la naissance (*idiotie microcéphalique proprement dite* ou *symptomatique*).

Les diverses formes que nous venons d'énumérer peuvent coexister chez le même sujet, c'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir la méningite chronique ou la méningo-encéphalite compliquer les pseudo-porencéphalies, la sclérose atrophique ou tubéreuse, etc.

On conçoit du reste fort bien qu'un processus qui aboutit à l'oblitération des vaisseaux et consécutivement au ramollissement du territoire qu'ils irriguent, puisse en même temps déterminer l'inflammation des méninges et de la substance corticale, et produire, par suite d'une irritation chronique secondaire, une sclérose atrophique ou hypertrophique plus ou moins étendue.

Parmi les 21 autopsies d'idiots qu'il nous a été donné de faire ces dernières années, et dont nous donnons ci-après le compte rendu, toutes les formes précédemment énumérées ne sont pas représentées, c'est ainsi que l'idiotie symptomatique d'hydrocéphalie n'y figure pas, l'idiotie myxœdémateuse et l'idiotie symptomatique de porencéphalie vraie non plus. On sait que la première est caractérisée par la grande quantité du liquide céphalo-rachidien comprimant la substance cérébrale, et que l'absence complète de la glande thyroïde, l'aspect luisant et gélatiniforme des circonvolutions plus ou moins atrophiées, sont notés dans la seconde ; il sera question plus loin de la dernière.

Voici nos observations :

IDIOTIE MÉNINGITIQUE

OBSERVATION I. — Dup..., 16 ans. Idiot, épileptique, sourd-muet, gâteux. Mort dans le marasme.

Autopsie. — Calotte crânienne épaisse. Dure-mère congestionnée. Pie mère congestionnée, œdématiée, opalescente, non adhérente. Pas de lésions macroscopiques du cerveau.

OBSERVATION II. — Bre..., 11 ans. Idiot, épileptique, convulsions à dix-huit mois, signes physiques de dégénérescence, gâte, déchire. Mort de tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — Calotte crânienne friable, mince. Dure-mère perforée par quelques granulations de Pacchioni. Pie-mère opalescente, œdématiée, s'enlevant bien. Pas de lésions macroscopiques du cerveau. Le ventricule latéral gauche ne présente pas de prolongement occipital. Les vaisseaux sont normaux.

OBSERVATION III. — Ler..., 48 ans. Semi-idiot. Asymétrie crânienne et faciale, gâtisme. Mort subite.

Autopsie. — Calotte crânienne mince, transparente dans sa totalité. Dure-mère normale. Pie-mère congestionnée, œdématiée, opalescente, s'enlevant facilement. Pas de lésions macroscopiques du cerveau. Vaisseaux normaux.

OBSERVATION IV. — Jasp..., 5 ans. Idiot, rachitique. Crâne très volumineux, bosses pariétales très saillantes. Impotence, gâtisme. Mort de tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — Calotte crânienne peu épaisse, transparente en de nombreux points. Dure-mère perforée au niveau des lobes frontaux par de multiples granulations de Pacchioni. Pie-mère très congestionnée, œdématiée, opalescente, non adhérente aux circonvolutions sous-jacentes. Pas de lésions macroscopiques du cerveau.

OBSERVATION XIV. — Méningite coexistant avec la sclérose atrophique (voir plus loin).

OBSERVATION XVIII. — Pachyméningite hémorrhagique bi-latérale, microcéphalie et microgyrie (voir plus loin).

L'idiotie méningitique est caractérisée anatomiquement par un épaississement variable de la pie-mère, laquelle est fréquement accolée sur la face interne des lobes frontaux et dans les sillons qui séparent les circonvolutions. Une hydrocéphalie avec dilatation variable des ventricules latéraux s'observe dans nombre de cas. Dans les six observations qui précèdent, la congestion, l'œdème, l'épaississement, l'aspect opalescent existent, mais l'hydrocéphalie ventriculaire n'est pas notée.

Il y avait pachyméningite hémorrhagique bi-latérale dans l'observation XVIII.

IDIOTIE MÉNINGO-ENCÉPHALITIQUE

Observation V. — Lef..., 12 ans. Idiot. Deux oncles du côté paternel aliénés. Syphilis héréditaire probable. Convulsions à 6 mois. Attaques d'épilepsie. Turbulent. Déchire. Gâte. Kératite ulcéreuse, fonte des yeux.

Autopsie. — Calotte crânienne irrégulière, très épaisse, friable, non transparente. Dure-mère d'aspect normal. Pie-mère droite épaissie, congestionnée, adhérente à l'écorce cérébrale. Pie-mère gauche moins altérée, non adhérente. Substance grise ramollie surtout au niveau de la première frontale droite. Nombreuses érosions consécutives à l'enlèvement de la pie-mère. Nerfs optiques ramollis.

Observation VI. — Del..., 5 ans. Idiot. Parents dégénérés, mère rachitique, sœur morte de méningite. Parésie des membres. Stigmates physiques de dégénérescence. Gâtisme. Mort de tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — Calotte crânienne mince, transparente. Dure-mère d'aspect normal. Pie-mère épaissie, adhérente à l'écorce. Pas d'autres lésions macroscopiques du cerveau que les érosions consécutives à l'enlèvement de la pie-mère.

Observation VII. — Hen...., 24 ans. Imbécillité. Stigmates physiques de dégénérescence. Stupeur. Gâtisme. Mort dans le marasme,

Autopsie. — Calotte crânienne mince, transparente uniformément. Dure-mère normale. Pie-mère congestionnée, œdématiée, adhérente en quelques points aux circonvolutions. Pas d'autres lésions cérébrales apparentes. Vaisseaux normaux.

Observation VIII. — Mir..., 8 ans. Idiot. Père alcoolique. Convulsions à 8 mois. Inconscient, turbulent, frappe et mord. Se cogne la tête aux boiseries. Gâteux. Mort de granulie.

Autopsie. — Calotte crânienne adhérente en plusieurs points à la dure-mère, s'enlevant difficilement. Dure-mère d'aspect normal. Pie-mère congestionnée, œdématiée, opalescente. Adhérences interfrontales très étendues, difficiles à rompre, adhérences aux circonvolutions en de nombreux points. Pas d'antres lésions dn cerveau.

Observation IX. — Duh..., 14 ans. Idiot, épileptique, sourd et muet. Gâteux. Mort d'attaques sub-intrantes d'épilepsie.

Autopsie. — Calotte crânienne normale. Dure-mère adhérente au crâne en quelques points. Pie-mére très congestionnée, mince, adhérant légèrement à l'écorce. Pas d'autres lésions macroscopiques du cerveau. Vaisseaux normaux.

Observation XXI. — (Voir plus loin).

Autopsie. — Lésions méningo-encéphalitiques unilatérales très prononcées dont on trouvera la description à propos de la pseudo-porencéphalie.

Sauf dans cette dernière observation, la méningo-encéphalite est la seule lésion macroscopique sur le compte de laquelle on puisse mettre l'idiotie, elle est essentiellement caractérisée par une inflammation chronique de la pie-mère se traduisant par de l'œdème, de la congestion, un épaississement, une coloration nacrée, enfin par des adhérences entre cette membrane et la substance grise qui constituent la lésion la plus importante, — elles existent dans les six observations. — En enlevant la pie-mère on entraîne avec elle des lambeaux plus ou moins grands de substance grise, produisant ainsi à la surface des circonvolutions, des érosions en nombre variable, et lorsque la lésion est très étendue, l'aspect du cerveau rappelle complètement les lésions que l'on trouve chez les adultes ayant succombé à la paralysie générale ; la figure 11 montre un bel exemple de lésion de ce genre.

Il y avait des adhérences interfrontales dans l'observation VIII, la dure-mère adhérait au crâne dans les observations VIII et IX. Les lésions étaient unilatérales dans les cas V, et XXI.

IDIOTIE PAR ARRÊT SIMPLE DE DÉVELOPPEMENT

Observation X. — Col..., 64 ans. Semi idiotie. Mort d'hémorrhagie cérébrale.

Autopsie. — Calotte crânienne normale. Dure-mère perforée par de nombreuses granulations de Pacchioni. Pie-mère opalescente par places, très congestionnée, non adhérente. Cerveau de volume normal, mais présentant une simplicité de circonvolutions tout-à-fait caractéristique. Athérome artériel. Hémorrhagie cérébrale.

Observation XI. — Les.., 40 ans. Semi idiotie. Mort dans le marasme.

Autopsie. Calotte, dure mère, pie-mère normales. Pas de lésions apparentes du cerveau. Circonvolutions simples. Volume normal.

Observation XII. — Four..., 35 ans. Imbécillité. Demi-excitation des actes. Asymétrie crânienne et faciale. Mort de tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — Calotte, dure-mère, pie-mère normales. Cerveau de volume normal, circonvolutions simples.

Cette variété anatomique de l'idiotie est surtout caractérisée anatomiquement par la simplicité des circonvolutions, les plis de passage y sont peu nombreux. Bourneville a parfois trouvé des circonvolutions ayant un aspect luisant pseudo-gélatiniforme rappelant l'aspect des circonvolutions du cerveau des nouveau-nés.

IDIOTIE SYMPTOMATIQUE DE SCLÉROSE ATROPHIQUE

Observation XIII. — Berb... 30 ans. Idiotie, vie purement végétative.

Autopsie. — Atrophie bi-latérale symétrique des lobes frontaux. Aussi bien dans leurs parties interne et inférieure, qu'au niveau de leur face externe, les lobes frontaux présentent une atrophie extrême des circonvolutions épaisses seulement de quelques millimètres, les frontales ascendantes ne participent cependant pas à l'atrophie. Comme on peut le voir sur la figure 1, la petitesse de ces lobes forme un contraste frappant avec le reste de l'encéphale dont le volume est normal. Toutefois, on remarquera que le dessin des circonvolutions est assez simple. Les ventricules latéraux étant de dimensions normales, il s'ensuit que leur portion antérieure n'est séparée de la surface de l'écorce que par quelques millimètres de substance cérébrale.

Observation XIV. — Witt..., 17 ans. Imbécile et épileptique. Fièvre cérébrale à 2 ans. Nombreux signes physiques de dégénérescence. Mort de tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — Calotte crânienne épaisse. Dure-mère congestionnée. Pie-mère congestionnée, œdématiée, présentant de nombreuses arborisations vasculaires, adhérences interfrontales, pas d'adhérences avec la substance cérébrale. Pas d'autres lésions macroscopiques qu'une sclérose atrophique de la corne d'Ammon gauche.

Observation XV. — Sels..., 29 ans. Idiot et épileptique, inconscient, gâteux. Aurait eu une méningite dans l'enfance. Asymétrie crânienne et faciale, oreilles mal ourlées. Mort par suite d'accès subintrants d'épilepsie.

Autopsie. — Calotte crânienne très épaisse, dépressions profondes dues aux granulations méningiennes. Dure-mère très congestionnée. Pie-mère congestionnée, non-adhérente. Cerveau normal, à part une sclérose de la corne d'Ammon gauche. Les olives bulbaires sont saillantes et dures.

Observation XX. — Sclérose atrophique coexistant avec la pseudo-porencéphalie bi-latérale. Voir plus loin.

Observation XXI. — Sclérose atrophique de tout l'hémisphère gauche coexistant avec des lésions pseudo-porencéphaliques du même hémisphère. Voir plus loin.

Observation XVI. — Jor... 15 ans. Imbécile et épileptique. Père et mère tuberculeux. A cinq ans à la suite d'une frayeur, commence à tomber, crises d'épilepsie fréquentes, accès de fureur. Arrêt de développement des facultés. Enfant sale et gâteux. Admis à l'asile à l'âge de 13 ans. Enfant peu développé, présentant de nombreux signes de dégénérescence, asymétrie crânienne et faciale, palais ogival, oreilles mal implantées. Tuberculose pulmonaire, ganglions scrofulo-tuberculeux du cou. Inconscient, obnubilé, a de trois à dix attaques d'épilepsie par mois. Propre le jour, gâteux la nuit.

Meurt, deux ans après l'entrée, de crises subintrantes d'épilepsie.

Autopsie. — Calotte crânienne épaisse, sauf au niveau des sutures fronto-pariétales où elle est transparente. Dure-mère congestionnée, perforée par quelques granulations méningiennes. Pie-mère extrêmement congestionnée, à droite surtout, se détachant difficilement de l'écorce cérébrale, qui se laisse ulcérer. On note une sclérose marquée du pôle antérieur du lobe temporal droit.

Les lésions de la sclérose atrophique peuvent intéresser les deux hémisphères, l'un d'eux, un ou plusieurs lobes, une ou plusieurs circonvolutions. L'observation XIII est un bel exemple de sclérose lobaire bi-latérale et symétrique, les observations XIV, XV, XVI et XX, sont des cas de sclérose de circonvolutions isolées, l'observation XXI a trait à l'atrophie de tout un hémisphère.

IDIOTIE SYMPTOMATIQUE DE SCLÉROSE TUBÉREUSE OU HYPERTROPHIQUE

Observation XVII. — Gouv..., Elise 18 ans. Atteinte d'idiotie et épilepsie. Ses antécédents héréditaires nous sont inconnus. Venue avant terme, sa mère aurait eu grand peur, elle se développe assez bien jusqu'à l'âge de deux ans, elle eut alors des convulsions et consécutivement présenta un arrêt de développement physique et intellectuel.

Admise à l'asile à l'âge de 11 ans, elle présentait un état d'idiotie complète, elle était inconsciente, malpropre, gâteuse, sourde et muette, impotente, très petite pour son âge.

Elle présentait lors de son entrée quelques attaques d'épilepsie, mais ce n'est qu'après l'apparition des règles, à l'âge de 16 ans, que leur nombre augmenta.

Voici dans quel état elle se trouvait quelque temps avant sa mort.

Bien qu'âgée de 18 ans, sa taille était à peine celle d'un enfant de 7 ans, mais la figure présentait un aspect vieillot. Le crâne malformé était aplati au niveau de l'occiput. Le front était bas, une mèche blanche existait dans les cheveux en arrière.

La tête était le siège de mouvements automatiques continuels, d'un balancement transversal. Les bras étaient fléchis, contracturés, les mains ouvertes mais incapables de saisir quoi que ce soit, les membres inférieurs également fléchis et contracturés, les pieds en varus.

Le gâtisme était complet et continu. La sensibilité était conservée mais obtuse.

L'intelligence faisait totalement défaut; sourde et muette, cette malade ne donnait aucune marque de satisfaction lorsqu'on lui donnait des douceurs, riait sans motifs apparents. Elle bavait beaucoup et ses lèvres étaient le siège de perlèche.

Elle était sujette à des attaques d'épilepsie survenant une dizaine de fois par mois, accompagnées de perte de connaissance, la malade écumait, se mordait.

Etant donné la raideur permanente des membres, ceux-ci n'étaient pas lors des attaques le siège de grands mouvements convulsifs, mais le corps de l'enfant était secoué en masse.

Ces crises augmentèrent progressivement d'intensité et de fréquence, et la malade mourut en état de mal, le 20 mai 1904.

Autopsie. — Calotte crânienne normale. Dure-mère. Pie-mère normales. Le cerveau, dont le poids est de 990 grammes, présente en de nombreux points des îlots de sclérose tubéreuse ou hypertrophique des circonvolutions. Ces îlots dont la coloration blanche bien apparente sur la figure 2, tranche sur le fond jaunâtre des circonvolutions, sont de forme variable, triangulaires, quadrangulaires, polygonaux, sont durs au toucher, la pie mère n'adhère pas à leur niveau. Surtout nombreux à la convexité, ils existent également à la face interne et à la face inférieure des hémisphères. Des sections transversales du cerveau montrent que les zones sclérosées s'étendent profondément jusqu'à un et deux centimètres de la surface. Il ne semble pas exister d'îlots au niveau des noyaux gris centraux.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une sclérose névralgique marquée, au niveau de laquelle tout élément noble a disparu.

Les reins présentent les altérations décrites par Bourneville dans des cas analogues, ils sont volumineux, déformés par la présence de masses néoplasiques nodulaires atteignant presque quatre centimètres de diamètre, les unes enclavées dans le parenchyme, les autres faisant à la surface de l'orgagne une saillie pouvant atteindre 7 à 8 millimètres. Ces masses demi-molles sont les unes de couleur jaunâtre, les autres brunâtres et d'aspect sale, les premières sont d'apparence homogène, les secondes au contraire moins denses, présentent même en certains points un aspect poreux.

Les tumeurs ne sont pas nettement séparées des tissus sains et elles n'ont aucune tendance à s'énucléer. Quant au tissu rénal, il est le siège de lésions interstitielles qui ont amené la production d'un certain nombre de kystes.

Les coupes que M. le Professeur Curtis a bien voulu examiner montrent qu'il s'agit probablement de tumeurs lipomateuses vraisemblablement d'origine congénitale.

IDIOTIE MICROCÉPHALIQUE

Observation XVIII. — Henr..., Jules, 23 ans, semi-idiotie et épilepsie, d'origine congénitale. Microcéphalie, asymétrie faciale et crânienne. Nystagmus. Parésie des membres. Crises d'épilepsie au début de son séjour. Gâtisme. Mort de tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — Corps très émacié, thorax malformé, bombé : Lésions de tuberculose pulmonaire à tous les degrés.

Calotte crânienne d'épaisseur moyenne, transparente. Dure-mère épaissie, ossifiée et jaunâtre par places. Lésions anciennes de pachyméningite hémorragique bilatérale, constituées par de vastes poches distendues par un liquide sanguinolent, brunâtre, contenant quelques minces caillots. Ces lésions compriment les hémisphères surtout dans leur partie antérieure, elles n'adhèrent cependant pas à la pie-mère qui est congestionnée, œdématiée, et se détache aisément de l'écorce cérébrale.

Le cerveau, très petit, pèse 760 grammes, les circonvolutions présentent au plus haut degré l'aspect microgyrique, leur dessin est extrêmement compliqué, très minces, quelques-unes d'entre elles ne dépassent pas trois millimètres d'épaisseur. Les lobes occipitaux se distinguent en particulier par la richesse des replis de leurs circonvolutions (fig. 3).

Sur une section transversale des hémisphères, on peut constater le peu de développement de la substance blanche, et en particulier l'atrophie du corps calleux représenté ici par un feuillet blanchâtre atteignant à peine en certains points un millimètre d'épaisseur. La figure 4 montre très bien ces lésions.

Pas de lésions vasculaires.

Observation XIX. — Périg...., 70 ans, idiot et épileptique.

Autopsie. — Boîte crânienne petite, calotte épaisse creusée de nombreuses dépressions dues aux granulations de Pacchioni qui perforent la dure-mère. La pie-mère est congestionnée et œdématiée, elle n'adhère pas aux circonvolutions sous-jacentes.

Le cerveau, fort petit, ne pèse que 720 grammes. Comme le montre la figure 5 le dessin des circonvolutions est fort simple, les replis peu nombreux et l'arrêt de développement des hémisphères est tel que le cervelet n'est pas entièrement recouvert par eux.

On note un peu d'athérome artériel.

On groupe sous le nom de *microcéphales* tous les idiots dont la tête est petite et dont le cerveau est d'un poids au-dessous de la moyenne.

On conçoit que l'on puisse rencontrer dans cette catégorie des aspects anatomiques fort différents, pourvu que soit réalisée la microcéphalie.

Il peut s'agir d'un arrêt simple de développement, auquel cas les circonvolutions sont peu sinueuses, il en était ainsi dans l'observation XIX.

D'autres fois, les circonvolutions sont au contraire malformées, elles peuvent être atrophiées par la sclérose. On peut, dans certains cas, observer une encéphalite avec transformation kystique des deux hémisphères, ou simplement les lésions de la méningo-encéphalite.

Mierzejewski a attiré l'attention sur la variété suivante : cerveaux de microcéphales et demi-microcéphales dont la substance blanche est peu développée par rapport à la substance grise de l'écorce qui se distingue par son abondance « prodigieuse ». Ces cerveaux ont le plus souvent l'arrangement des circonvolutions microgyriques. Ils se distinguent du type ordinaire du cerveau microcéphalique parce que dans ce dernier avec amoindrissement général du tissu nerveux des hémisphères, les proportions correspondantes entre la substance grise et la blanche sont conservées.

Dans notre observation XVIII, à côté de circonvolutions très petites mais entièrement sinueuses (fig. 3), la substance blanche présente un développement de beaucoup inférieur, et le système commissural interhémisphérique qu'est le corps calleux atteint un développement rudimentaire (fig. 4), ici nous trouvons dans l'hématome bilatéral de la dure-mère, la raison de cet aspect des circonvolutions, celles-ci consécutivement à la pression exercée sur elles par la tumeur, se sont tassées, ont vu leurs sinuosités s'accentuer, la substance blanche secondairement atrophiée a disparu en partie, ainsi peut-on expliquer l'état d'atrophie extrême du corps calleux.

IDIOTIE SYMPTOMATIQUE DE PSEUDO-PORENCÉPHALIE

PSEUDO-PORENCÉPHALIE BI-LATÉRALE

Observation XX. — Charles Mer... 9 ans, est admis à l'asile d'Armentières, le 4 mars 1902, à cause de son état d'idiotie.

C'est un enfant naturel sur le père duquel nous n'avons pas de renseignements. La mère était habituellement bien portante, mais *pendant les derniers mois de sa grossesse, elle fut atteinte de la variole.*

L'enfant vint à terme, il était d'apparence normale, nous dit la famille, mais on ne tarda pas à s'apercevoir qu'il n'avait pas de palais, aussi ne pouvait-il têter et devait on le nourrir à la cuiller. Il ne s'est guère développé physiquement depuis sa naissance, n'a jamais été propre ni donné le moindre signe d'intelligence. Après la mort de sa mère, le père se trouvant dans l'impossibilité de le soigner obtint son placement au pavillon spécial des enfants idiots et épileptiques.

Le certificat de vingt quatre heures porte qu'il est idiot, impotent et gâteux.

Il ne parle pas, ne comprend absolument rien, présente en un mot un état complet d'idiotie.

Son développement physique n'est pas en rapport avec son âge, et bien qu'il soit âgé de 9 ans, il en paraît à peine 5. Son crâne est malformé, piriforme, le côté droit paraissant légèrement plus développé que le gauche. La luette et le voile du palais sont absents.

Les quatre membres sont contracturés, les membres gauches en particulier.

La main gauche est fermée, le pouce fléchi reposant sur la paume de la main. La main droite est également fermée.

Les membres inférieurs sont en flexion, la cuisse sur le tronc, la jambe sur la cuisse. Les pieds sont en flexion forcée, la gauche surtout.

L'atrophie musculaire est marquée. Etant donné l'état de contracture des membres, la recherche des réflexes est impossible, on peut néanmoins constater l'existence du réflexe plantaire.

La sensibilité est conservée.



Fig. 1. — Atrophie bilatérale symétrique des lobes frontaux : Hémisphère droit. Le lobe frontal est réduit à un véritable moignon, les circonvolutions très minces sont presque papyracées, elles forment un contraste frappant avec les autres circonvolutions (1).



Fig. 2. — Sclérose tubéreuse, Hémisphère gauche. Les points sclérosés et hypertrophiés son plus clairs, l'un d'entre eux, rectangulaire, apparaît fort nettement au centre de la figure



Fig. 4. — Section transversale de l'hémisphère droit du cerveau représente figure 3. En haut et à gauche, on voit se détachant de la substance blanche, limitant à gauche le ventricule latéral, le corps calleux extrêmement atrophié, revêtant l'aspect d'un mince feuillet blanc.



Fig. 3. — Pachyméningite hémorrhagique. Microcéphalie microgyrie. Hémisphère gauche vu par sa convexité. La petitesse des circonvolutions, leurs sinuosités apparaissent très nettement.



Fig. 5. — Microcéphalie. Cerveau d'un vieillard idiot. L'encéphale ne pèse que 720 gramme On remarquera la simplicité du dessin des circonvolutions, et l'insuffisance de développeme du manteau hémisphérique, qui laisse le cervelet en partie découvert.

(1) Tous ces clichés sont dus au talent de Monsieur M. Vanderhaghen, a qui nous adressons tous nos remerciements

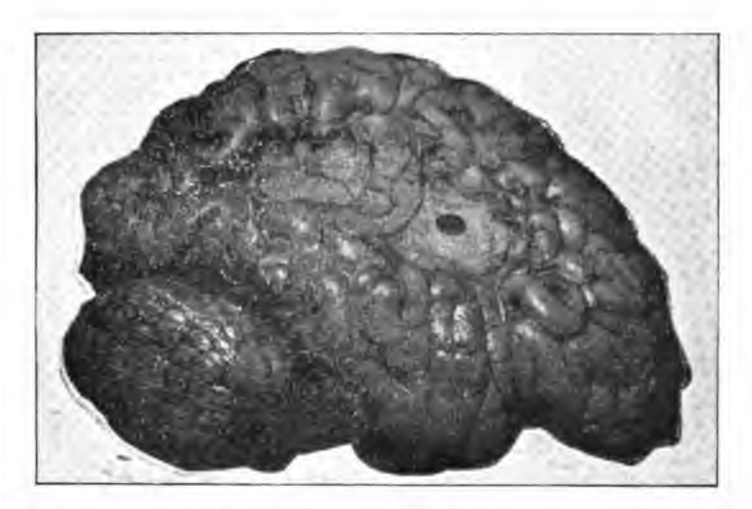


Fig. 6. — Pseudo-porencéphalie bilatérale et symétrique. Hémisphère droit. La cavité ou porus s'étend transversalement, à son niveau la convexité hémisphérique est déprimée, la pie mère seule en constitue la paroi externe, elle a été déchirée en un point formant tache noire près du centre de la figure. On voit fort bien les vaisseaux qui la parcourent.



Fig. 7. — Pseudo-porencéphalie bilatérale et symétrique. Hémisphère gauche. La cavité a une direction oblique de bas en haut et d'avant en arrière. Elle est moins visible sur la figure que celle du côté opposé parce que la pie mère qui en constitue la paroi externe n'est pas déprimée à son niveau. Une déchirure de la méninge située au centre de la figure laisse voir la cavité.



Fig. 8. — Pseudo-porencéphalie bilatérale et symétrique. Coupe verticale et transversale des hémisphères passant par la partie moyenne des cavités. Photographie du segment antérieur. On se rend bien compte de l'étendue des cavités symétriques et des rapports qu'elles affectent, avec les noyaux gris centraux et les ventricules latéraux. Dans le fond de la cavité gauche s'aperçoit un réseau blanchâtre constitué par des mailles névrogliques (infiltration celluleuse).

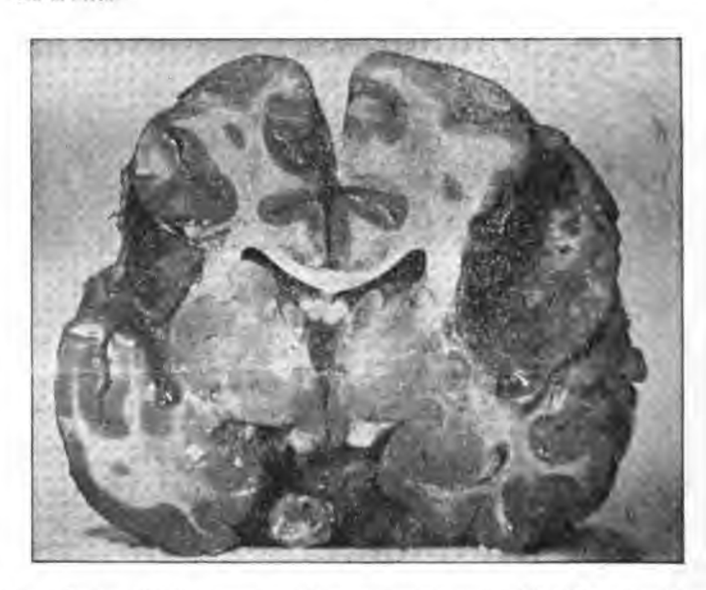


Fig. 9. — Photographie du segment postérieur montrant les cavités bilatérales et symétriques. La capsule interne les sépare des ventricules latéraux, plus bas la partie externe du noyau lenticulaire forme leur paroi interne.

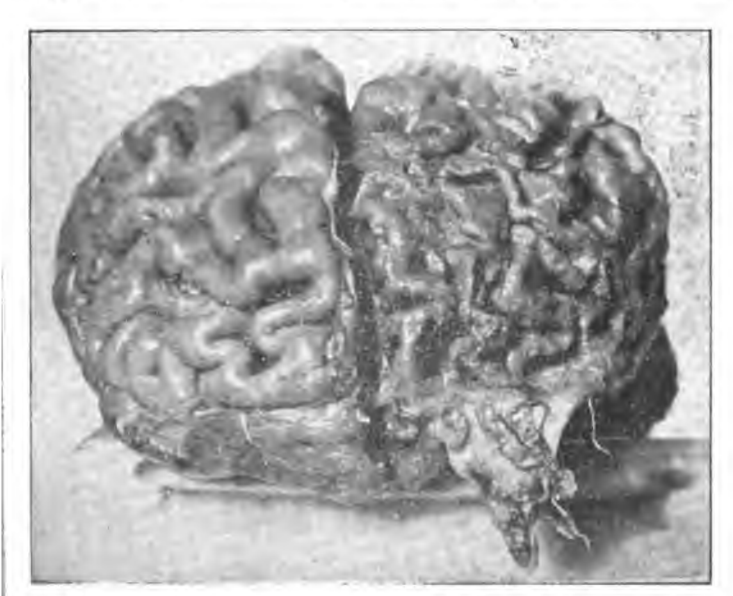


Fig. 10. — Méningo-encéphalite chronique avec atrophie de l'hémisphère gauche. La figure représente l'extrémité antérieure du cerveau. Le contraste est frappant entre le lobe frontal [illegible]t dont les circonvolutions sont intactes et le lobe frontal gauche aux circonvolutions [illegible]phiées, chagrinées, adhérant à la pie mère. L'enlèvement de cette méninge a amené la [illegible]luction de vastes érosions, et sur la pie mère, dont un lambeau est bien visible sur la



Fig. 11. — Méningo-encéphalite chronique avec atrophie de l'hémisphère gauche. Pseudo-porencéphalie unilatérale. Photographie de la surface de section transversale de l'encéphale. L'hémisphère gauche est nettement moins volumineux que le droit ; il est creusé en plusieurs points de cavités anfractueuses voisines de la convexité.

L'enfant est complètement gâteux.

Pendant toute la durée de son séjour à l'asile, le petit malade resta alité, menant une vie purement végétative. Il s'affaiblit peu à peu et mourut dans le marasme le 2 février 1904.

Autopsie. — *Cuir chevelu* normal. *Crâne* asymétrique, piriforme, la moitié droite paraissant plus développée que la gauche. Les *os* sont d'épaisseur normale.

La *dure-mère* ne présente rien d'anormal. Granulations méningiennes de PACCHIONI, peu nombreuses, très petites, limitées à la partie moyenne du bord supérieur des hémisphères. La *pie-mère* légèrement congestionnée, ne présente pas de lésions notables, elle n'est pas épaissie, est demeurée transparente. A noter simplement quelques adhérences inter-frontales.

En revanche, deux grosses lésions de la substance cérébrale attirent immédiatement l'attention : en deux régions à peu près symétriques, répondant à la partie moyenne de la face externe des deux hémisphères existent de vastes cavités au niveau desquelles la pie-mère se laisse déprimer, par une déchirure de la méninge s'écoule en quantité du liquide céphalo-rachidien.

L'encéphale est enlevé, son poids est de 870 grammes. Nous pouvons alors constater l'intégrité des vaisseaux de la base. Avant d'étudier d'une façon plus détaillée les lésions hémisphériques que nous venons de signaler, voyons quel est l'état des circonvolutions non détruites. D'une façon générale, les hémisphères ont conservé leur forme, et chacune des circonvolutions son volume ; toutefois du côté de l'hémisphère gauche, on peut voir dans le voisinage de la cavité, au dessous et en arrière de celle-ci, les première et deuxième circonvolutions temporale et surtout la deuxième pariétale présenter une atrophie très prononcée, la région du pli courbe revêtant un aspect chagriné des plus curieux. Partout ailleurs les circonvolutions cérébrales, de dimension normale, sont brusquement interrompues sur le bord des cavités, que nous allons maintenant étudier.

La lésion de l'hémisphère droit (fig. 6) est ovalaire à grand diamètre horizontal, elle s'étend d'avant en arrière sur une longueur de 85 millimètres, sa hauteur à sa partie moyenne est de 25 millimètres, elle conserve près de 20 millimètres jusqu'à une extrémité antérieure, en arrière au contraire sa hauteur diminue jusqu'à n'atteindre que 5 mm.

La cavité paraît s'être développée en avant aux dépens de la partie postérieure de la troisième frontale, dans sa partie moyenne aux dépens de la portion inférieure des frontale et pariétale ascendantes, en arrière enfin aux dépens des première puis deuxième temporale et de la deuxième pariétale.

La pie-mère, ainsi que nous l'avons vu, est jetée en quelque sorte comme un pont au-dessus de la cavité, elle est intacte, et se continue de tous côtés en affectant des rapports normaux avec les circonvolutions bordant la cavité. Son aspect n'est pas le même partout ; transparente dans la majorité des points, elle paraît en quelques endroits doublée d'une épaisseur, peu considérable du reste, de substance cérébrale qui lui donne une couleur blanc jaunâtre ; des vaisseaux la parcourent et se rendent vers les parties saines de l'écorce.

La lésion de l'hémisphère gauche (fig. 7), à peu près exactement symétrique par rapport à celle du côté opposé, présente comme elle une forme ovalaire et se dirige d'avant en arrière ; un peu moins étendue, elle est longue de 80 millimètres, et haute de 30 millimètres dans sa partie moyenne, elle conserve cette hauteur presque jusqu'à son extrémité postérieure, en avant au contraire elle s'abaisse à un centimètre.

Les circonvolutions détruites sont d'avant en arrière la troisième frontale dans ses deux tiers postérieurs, la moitié inférieure des frontale et pariétale ascendantes et la première temporale, la deuxième pariétale. Nous avons déjà signalé l'état ratatiné de la région du pli courbe et l'atrophie des première et deuxième circonvolutions temporales gauches.

Non altérée, la pie-mère vascularisée comme du côté droit, est tantôt transparente, tantôt doublée d'une mince couche de substance jaunâtre.

Il nous reste à étudier nos lésions sur une coupe verticale intéressant transversalement les deux hémisphères et passant par la partie moyenne des cavités. La coupe dont la photographie est reproduite ici correspond à la quatrième coupe de PITRES, et passe dans le voisinage ses sillons de ROLANDO droit et gauche. On peut s'y rendre compte de la nature des cavités, de leurs dimensions, et de leurs rapports (fig. 8 et 9).

Il s'agit de vastes foyers de ramollissement ayant subi la transformation dite *infiltration celluleuse*, ils sont constitues par une loge centrale comprenant presque la totalité de la cavité et à chaque extrémité du foyer, par une infinité de logettes de toutes dimensions circonscrites par des tractus de tissu de soutien formant autant de mailles.

Les éléments de cette trame s'insèrent d'une part sur la pie-mère constituant la paroi externe du foyer, d'autre part sur la paroi interne constituée par une sorte de membrane feutrée de même nature que les mailles qui s'y attachent.

Tous ces éléments sont de teinte grise, des vaisseaux de divers calibres les parcourent. Sans nul doute il s'agit ici de trames névrogliques plus ou moins denses, telles qu'on en a décrites dans les vieux foyers de ramollissements cérébraux des adultes, lésion que nous avons récemment étudiée (*Echo Médical du Nord*).

A remarquer qu'il n'existe pas de plaques jaunes au niveau des parois de nos deux foyers. Leur surface de section est ovale à grand diamètre vertical.

Les dimensions sont, pour le foyer gauche de 55 millimètres sur 30, pour le droit de 40 millimètres sur 20. On voit que si la cavité gauche est un peu moins étendue en longueur que la droite, ses dimensions transversales sont par contre notablement supérieures à celles de l'autre.

La pie mère présente les caractères que nous avons étudiés plus haut, non épaissie, elle est doublée en quelques points par une mince couche de substance grise, vestige de circonvolutions détruites, elle se continue au delà des limites des foyers en passant directement sur les circonvolutions, ces dernières présentent comme nous l'avons vu deux aspects : ou bien elles sont atrophiées à la limite des foyers, ou bien elles sont de dimension normale et ont été simplement plus ou moins entamées par le processus destructeur.

En ce qui concerne leurs rapports, on peut voir sur la figure que les foyers cavitaires occupent une position symétrique et sont situés à la partie moyenne et externe de la surface de section transversale des hémisphères.

Des deux côtés ils occupent la place de la moitié inférieure de la circonvolution pariétale ascendante et la moitié supérieure de la première circonvolution temporale, les circonvolutions de l'insula de REIL ont totalement disparu et les foyers sont limités en dedans, selon les points considérés par la capsule externe ou par l'avant-mur, et plus en haut par la capsule interne, qui, épaisse de près de un centimètre, les sépare des ventricules latéraux.

Quant aux rapports des foyers avec les territoires vasculaires ils sont des plus faciles à déterminer, tous deux sont situés au centre même du territoire de la sylvienne, leur direction est celle de cette artère, et la scissure de SYLVIUS disparaît du reste là où commencent les foyers.

Les lésions que nous venons d'étudier répondent en tous points à ce que Bourneville a décrit sous le nom de *pseudo-porencéphalie*. Il nous suffira de rappeler ce qu'est la *porencéphalie vraie* pour l'éliminer immédiatement :

On sait que Bourneville entend sous ce nom une malformation constituée par un *porus* dû à l'absence, par arrêt de développement, d'une portion plus ou moins grande d'une région des circonvolutions, et mettant en communication la face convexe du cerveau avec le ventricule latéral.

Les circonvolutions avoisinant le *porus* se dirigent en rayonnant vers ses bords sur lesquels elles se réfléchissent et semblent avoir leur origine.

Rien de tout cela ici, pas de communication avec le ventricule latéral, pas de disposition spéciale des circonvolutions avoisinantes. Au contraire, la lésion a tous les caractères des anciens foyers de ramollissement ayant subi l'infiltration celluleuse. La forme allongée des foyers, les rapports qu'ils affectent avec le champ vasculaire des sylviennes, nous font penser qu'ils sont consécutifs au ramollissement de la partie correspondante de l'écorce cérébrale, et d'après les renseignements que nous possédons, cette lésion a dû se constituer pendant la vie intra-utérine, alors que la mère du sujet était atteinte de la variole.

Les choses ont dû se passer de la manière suivante : à une période déjà avancée du développement cérébral — puisque la variole de la mère date des derniers temps de la grossesse —, des lésions artérielles bilatérales se sont produites entraînant l'ischémie et le ramollissement dans toute la région irriguée, intéressant la substance grise et la substance blanche, sur une profondeur de plusieurs centimètres. L'oblitération vasculaire siégeait des deux côtés après la naissance des branches centrales ou ganglionnaires de l'artère sylvienne, comme le démontrent l'intégrité des noyaux centraux et de l'extrémité antérieure du lobe temporal.

Le foyer de ramollissement a alors subi les transformations successives qui ont abouti à la formation d'un *pseudo-kyste*, divisé en logettes par une trame névroglique vascularisée (infiltration celluleuse).

PSEUDO-PORENCÉPHALIE UNILATÉRALE MÉNINGO-ENCÉPHALITE CHRONIQUE AVEC ATROPHIE DE L'HÉMISPHÈRE GAUCHE

Observation XXI. — Henri Grot..., 11 ans, est admis le 27 août 1903, au pavillon spécial des enfants idiots et épileptiques, pour des troubles mentaux en rapport, dit le certificat médical, avec une méningite.

C'est un enfant naturel. Nous n'avons aucun renseignement concernant ses antécédents héréditaires, nous savons simplement que sa mère était bien portante pendant sa grossesse.

Il est venu à terme, et jusqu'à l'âge de un an il ne présenta rien d'anormal, mais il eut alors des convulsions. Son développement intellectuel et physique n'en fut pas absolument entravé, car il marchait seul à 14 mois et parlait un peu à 20 mois. On s'aperçut bientôt qu'il n'était pas comme un autre, parlait mal, n'était pas intelligent ; il ne put rien apprendre à l'école. A l'âge de 10 ans survinrent de fortes crises, on dut le conduire à l'hôpital de Cambrai, car il était très troublé, poussait des cris, se mettait en colère, tentait de frapper les personnes de son entourage, déchirait ses effets. Trois semaines après, il nous fut amené.

Il était excité, poussait des cris, riait aux éclats, cherchait à frapper. Son attention était impossible à fixer. Il ne parlait pas, semblait ne pas comprendre ce qu'on lui disait, cherchait à fuir. Il présentait en somme tous les symptômes de l'idiotie.

Au physique, il semblait normalement développé, mais il présentait quelques stigmates de dégénérescence : asymétrie crânienne et faciale, palais ogival, dents malformées, oreilles mal ourlées. Pas de signes d'hérédo-syphilis. Gâtisme.

Il ne présentait pas de troubles de la motilité, marchait bien, mangeait seul.

Pendant son séjour à l'asile, il eut une crise d'épilepsie environ chaque mois, crise très violente, durant sept à huit minutes, pendant laquelle il se cyanosait ; consécutivement il était obnubilé durant plusieurs heures.

Le 13 février de cette année, il présenta une série de violentes attaques d'épilepsie auxquelles participaient les quatre membres et la face, laquelle était déviée à droite. Des vomissements et de la diarrhée étaient alors notés.

Pas d'élévation de température.

Après un arrêt de quelques heures, de nouvelles attaques se produisirent qui emportèrent le petit malade.

Autopsie. — Rien à noter du côté du *cuir chevelu*. Le *crâne* ne présente pas de malformations, la calotte se laisse facilement scier, les os en sont fragiles, minces, transparents en de nombreux points. La *dure-mère* est congestionnée, peu de granulations de Pacchioni la perforent. Elle est distendue, la cause en apparaît bientôt lorsqu'après section, la *pie-mère* se montre énormément œdématiée et congestionnée. Elle est en outre opacifiée, d'aspect laiteux par places, à gauche surtout ; ailleurs au contraire, elle a conservé sa transparence, et laisse voir les circonvolutions sous-jacentes qui apparaissent au niveau de l'hémisphère gauche nettement atrophiées.

Il existe de nombreuses adhérences pie-mériennes interfrontales.

L'enlèvement de la méninge, relativement facile au niveau de l'hémisphère droit où il ne détermine pas d'érosions, s'effectue par contre avec beaucoup de difficultés de l'autre côté ; on enlève avec la pie-mère adhérente, de véritables lambeaux de substance grise, dont quelques-uns atteignent quinze millimètres de longueur et sont larges de près de cinq millimètres, on détermine ainsi, tant en avant qu'en arrière, un certain nombre de vastes érosions (fig. 10).

L'encéphale est alors enlevé, son poids est de 970 gr. Nous pouvons alors constater l'intégrité des *vaisseaux* de la base.

Rien d'anormal du côté des nerfs crâniens ; les tubercules mamillaires, les pédoncules, la protubérance, le bulbe, le cervelet ne présentent non plus rien à signaler.

Passant à l'examen des hémisphères cérébraux, nous constatons immédiatement qu'il existe entre les hémisphères droit et gauche une différence de volume assez marquée ; tant en avant qu'en arrière et en haut, l'hémisphère droit dépasse le gauche de cinq à huit millimètres, la cause en apparaît dans l'atrophie des circonvolutions de ce côté. Cette atrophie généralisée à toutes les circonvolutions de l'hémisphère gauche, est particulièrement accentuée au

niveau du lobe frontal où les circonvolutions se présentent sous forme de crêtes, telle d'entre elles a trois millimètres d'épaisseur tandis que la portion correspondante de l'hémisphère droit en a huit à dix. En quelques points, le processus atrophique a produit le retrait de la circonvolution dont la crête se trouve à cinq ou six millimètres au dessous de la surface de l'hémisphère.

Nous avons signalé plus haut la production d'érosion consécutivement à l'enlèvement de la pie-mère, elles se présentent telles qu'on les a décrites dans la paralysie générale.

Si on ne les rencontre pas en plus grand nombre ici, c'est que la sclérose dont sont frappées bon nombre de circonvolutions a augmenté la résistance du cortex.

Cette sclérose a eu pour résultat de donner aux circonvolutions un *aspect chagriné* surtout fort remarquable au niveau des première, deuxième et troisième frontales.

A l'inspection de la région pariéto occipitale gauche, une autre lésion se devine, toute cette région paraît affaissée, et le toucher montre qu'elle est ramollie ; de fait, sur des sections vertico transversales de cette partie de l'hémisphère gauche apparaissent les lésions suivantes :

Toute la région est le siège de foyers de ramollissement anciens, constitués par des cavités anfractueuses creusées aux dépens de la substance blanche sous-corticale et en partie aux dépens de la substance grise. Deux de ces foyers sont surtout importants ; en voici la description. L'un d'eux que l'on remarque en haut de la section transversale reproduite ci-après (fig. 11), est en quelque sorte creusé dans la deuxième circonvolution pariétale, il commence au voisinage de la pariétale ascendante, et s'étend sur une longueur de près de quatre centimètres. Sa forme est très irrégulière, sur la section transversale représentée, il est irrégulièrement quadrilatère, large de deux centimètres, haut de quinze millimètres, mais plus loin il devient anfractueux, se rétrécit pour s'agrandir ensuite, cloisonné qu'il est en de nombreux points, par de minces membranes dont l'aspect est celui de l'infiltration celluleuse. La couleur des parois est gris jaunâtre, et diffère peu de celle de la substance grise avoisinante. (Son contenu était purement séreux).

Sur presque toute son étendue ce foyer demeure très voisin de la surface de l'hémisphère, sa paroi supérieure n'atteignant jamais plus de deux à trois millimètres d'épaisseur. Elle est constituée par la substance grise très amincie à ce niveau, doublée par une fine couche de tissu blanchâtre.

Le deuxième foyer est situé en bas et en dehors, occupe la deuxième circonvolution temporale gauche dans laquelle il est creusé. Sa longueur est d'environ 25 millimètres ; il est haut de 12 millimètres et large de 6 au niveau de la coupe représentée (fig. 11) et ses parois y sont lisses, mais au fur et à mesure que l'on considère des points postérieurs, on voit le foyer se rétrécir, et ses parois devenir anfractueuses et présenter l'aspect de l'infiltration celluleuse.

Aussi proche que le précédent de la surface hémisphérique, sa paroi externe ne dépasse guère deux millimètres, elle paraît constituée par de la substance grise.

Comme on se le représente fort bien sur la figure, l'hémisphère gauche apparaît nettement moins volumineux que le droit. Tandis que ce dernier mesure 63 millimètres de largeur sur 92 de hauteur, sa hauteur n'est que de 75 millimètres et sa largeur de 53.

L'infériorité de volume de l'hémisphère gauche par rapport au droit explique en partie pourquoi notre coupe bien que perpendiculaire au grand axe des hémisphères atteigne le carrefour ventriculaire à gauche et qu'elle le laisse en arrière à droite.

Il s'agit en somme dans ce cas de pseudo-porencéphalie unilatérale, coexistant avec une méningo-encéphalite et une atrophie d'un hémisphère. L'agent causal nous échappe, l'enfant a dû faire à l'âge de un an quelqu'infection dont les convulsions survenues à cette époque ont été la seule manifestation apparente. Que s'est-il passé au niveau de l'encéphale ? Une inflammation méningo-corticale ayant entraîné l'épaississement de la pie-mère, son adhérence à l'écorce sous-jacente et l'atrophie de cette dernière est certainement en cause, mais quelle est l'origine des cavités anfractueuses que nous avons décrites ?

L'infiltration celluleuse qu'ont subie leurs parois, l'aspect général de la lésion nous porte à croire qu'il s'agit de foyers anciens de ramollissement ; les uns et les autres siègent aux limites du territoire irrigué par l'artère sylvienne gauche ; s'agit-il de thromboses consécutives à l'inflammation chronique dont toute cette région était le siège ? cette hypothèse peut être envisagée.

On remarquera ici l'intégrité apparente des couches supérieures de la substance grise formant la paroi externe de nos foyers, alors que les parties immédiatement sous-jacentes sont le siège de lésions destructives très avancées. Philippe et Oberthur ont déjà fait pareille constatation. A quoi doit-on attribuer cette particularité ? Peut-être à ce fait que le processus oblitérant n'a atteint les vaisseaux sanguins que dans leurs parties les plus ténues, seulement au niveau de la substance blanche.

Si nous cherchons à rapprocher les symptômes présentés par le malade aux lésions que nous venons de décrire, nous voyons que l'absence de troubles paralytiques s'accorde bien avec cette constatation que les lésions les plus grossières, à savoir les foyers cavitaires, ne siègent pas dans les régions motrices. L'aphasie qu'elles auraient pu déterminer si elles s'étaient produites après le développement des facultés intellectuelles n'a pu naturellement être constatée ici, la méningo-encéphalite, si étendue, ayant entravé le développement de ces facultés.

Quant aux attaques d'épilepsie, nous pouvons en voir la cause dans l'irritation corticale consécutive au processus inflammatoire chronique dont elle était le siège.

Tels sont les vingt et un cas d'idiotie dont il nous a été donné de faire l'autopsie.

Nous les avons rapportés avec des développements très inégaux, insistant tout particulièrement sur ceux qui nous ont semblé les plus intéressants, ne rapportant que très succinctement les autres.

Dans bon nombre d'entre eux les renseignements étiologiques font défaut, aussi ne pouvons-nous utilement étudier ces observations à ce point de vue. Aussi bien est-ce surtout une modeste revue anatomo-pathologique que nous avons voulu faire.

Sur ces vingt et un cas :

la méningite a été rencontrée . . .	6	fois
la méningo-encéphalite	8	»
l'arrêt simple de développement . .	3	»
la sclérose atrophique	6	»
la sclérose tubéreuse hypertrophique	1	»
la pseudo-porencéphalie	2	»
la microcéphalie par arrêt simple de développement	1	»
la microcéphalie microgyrique par hématome de la dure-mère	1	»

Comme on a pu s'en rendre compte, ces altérations n'existent pas toutes isolément, et dans quelques observations nous voyons côte à côte plusieurs d'entre elles.

La méningite coexiste avec la sclérose atrophique dans l'observation XIV, avec l'arrêt simple de développement dans l'observation X. La méningo-encéphalite, la sclérose atrophique et la pseudo-porencéphalie sont notées dans l'observation XXI.

La méningite, la sclérose atrophique et la pseudo-porencéphalie bilatérales se rencontrent enfin dans l'observation XX.

On voit d'après les chiffres que nous venons de citer, que la méningite et la méningo-encéphalite ont été les lésions les plus fréquemment trouvées à l'autopsie de nos malades atteints d'idiotie.

Bon nombre d'entre eux étaient épileptiques, nous n'avons pas trouvé chez ceux-là de lésions uniformes, et on les trouvera répartis à peu près dans toutes les variétés anatomiques de l'idiotie que nous avons rencontrées.

Il nous reste à faire remarquer que nous venons de décrire un certain nombre de lésions profondément différentes les unes des autres, en rapport avec des altérations vasculaires ou constituées par des modifications interstitielles et parenchymateuses combinées en proportions diverses. Congénitales ou acquises, elles sont tantôt secondaires à une maladie infectieuse de la mère, tantôt attribuables à l'alcoolisme paternel, à la tuberculose du père et de la mère, à leur état dégénératif marqué, tantôt enfin consécutives à une infection de la première enfance.

Ces lésions diffèrent également par leur marche, les unes relevant des processus scléreux à évolution lente sinon arrêtée, les autres, telles les méningo-encéphalites étant caractérisées par des processus franchement inflammatoires encore en activité.

Il apparaît donc bien nettement que l'idiotie est un syndrome que peuvent réaliser nombre de processus morbides divers, n'ayant de commun entre eux que ce fait d'être suffisamment intenses et étendus, pour entraîner un arrêt de développement des facultés intellectuelles.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

L'exportation des jeunes médecins

La Société médico-chirurgicale de Liège a chargé une commission, composée de trois de ses membres, d'étudier la question de *l'exportation des jeunes médecins belges* et de *la nature des encouragements donnés par le gouvernement.* La commission s'est inspirée d'une enquête faite par le département des affaires étrangères de Belgique, auprès de ses agents consulaires à l'étranger.

Les résultats de cette enquête sont peu encourageants ; ils montrent que le médecin est un article d'exportation frappé de droits prohibitifs à l'étranger, sans compensation de droits protecteurs dans son pays. Tous les peuples civilisés ont des lois particulières, régissant l'exercice des professions médicales et protégeant leurs nationaux contre la concurrence étrangère.

Voici d'ailleurs les résultats de l'enquête que nous empruntons aux *Annales de la Société médico chirurgicale de Liège* (nº 6, 1905).

En Grèce. — Il y a pléthore de médecins et aucune chance de réussite pour un médecin.

En Roumanie. — Les médecins étrangers sont tenus de se soumettre à un examen général à subir en langue roumaine. La vie est chère en Roumanie, les habitants peu fortunés et les chances de réussite minimes.

En Russie. — La loi permet aux étrangers l'exercice de la médecine sous condition d'examen passé en langue russe.

En Serbie — Il y a des médecins nombreux sortis des Facultés de Vienne, de Paris et de Berlin qui centralisent la clientèle des villes. La clientèle rurale est insignifiante. De plus l'autorisation de pratiquer est subordonnée à un examen subi en langue serbe.

Les Indes Britanniques sont inhospitalières à tout médecin qui n'est pas porteur d'un diplôme anglais. Seuls les Anglais peuvent réussir dans les grandes villes. Quant à la population hindoue, elle n'a recours qu'à des médecins indigènes ou à des empiriques.

Les Indes orientales peuvent à la rigueur offrir un débouché aux médecins belges qui consentent à subir un examen général en langue néerlandaise. Malheureusement, la colonie belge est fort clairsemée dans les Indes néerlandaises, et les Hollandais établis là-bas soutiennent leurs nationaux.

La Perse, privée d'écoles médicales, présenterait, en revanche, de meilleures conditions. En Perse, l'exercice de la médecine est libre ; ni diplômes, ni examens n'y sont exigés pour la pratique. Le revers de la médaille, c'est que les Persans ont une mauvaise foi, jadis qualifiée de punique, remarquable en matière d'honoraires. Ils paient mal ou pas du tout. La légation belge de ce pays affirme qu'un médecin peut réussir en Perse, grâce à son énergie, à sa ténacité... et à quelque fortune.

La Turquie accepte volontiers les services des médecins étrangers. Il suffit d'un simple examen, subi en langue française, à Constantinople, pour obtenir la licence de pratiquer. Seulement, il y a deux écoles de médecine à Beyrout, qui fournissent de médecins toute la Turquie d'Asie. Le prestige du

nom européen est resté très grand, surtout en Turquie d'Asie, et le succès y serait certain pour un médecin belge, mais il est à craindre que le succès ne se traduise pas en honoraires vu la pauvreté du pays.

En Egypte, un médecin étranger peut exercer son art sans passer d'examen, en faisant simplement enregistrer son diplôme.

Là-bas, fonctionne une Commission sanitaire qui, chaque année, fait appel au concours des médecins de langue française.

Pendant plusieurs années, les journaux médicaux du pays ont reçu un ordre d'annonce pour faire connaître à leurs lecteurs que des places étaient vacantes.

La commission ne s'adresse plus actuellement aux journaux belges. Aucune demande de renseignements ne venait de ce pays, aucune candidature n'était posée. C'est la simple constatation d'un fait précis que je signale en passant.

Le Maroc n'exige aucun examen des médecins étrangers, mais les médecins sont rares dans ce pays où on ne les consulte pas.

Le « Toubib » n'a pas encore acquis, dans ce pays musulman, le prestige qu'il a conquis en Algérie.

Le Natal et le Transvaal pouvaient, jadis, être considérés comme un débouché pour les médecins. Depuis la guerre Sud-africaine, l'élément anglais a pris pied dans les pays voisins du Cap et ne laisse plus de chances de réussite aux médecins qui voudraient chercher fortune dans ces pays neufs.

En Tunisie, les postes médicaux sont réservés aux médecins français.

En Amérique, il est inutile de rappeler que les rigueurs des lois protectionnistes excluent de fait les porteurs de diplômes étrangers dans l'U. S. A. Dans les pays de l'*Amérique centrale*, les règles d'admission varient.

Au *Guatemala*, les médecins doivent subir un examen pour être admis à la pratique, mais le pays est si bouleversé par les crises politiques qu'il n'offre pas de sécurité.

La Bolivie possède trois Universités et se dispense de recourir aux offices médicaux des étrangers.

Le Bresil exige que le médecin étranger se fasse inscrire dans une Université du pays et subisse un examen en langue portugaise. Le Brésil est inondé de médecins regnicoles et n'offrirait quelque chance de succès qu'à des spécialistes.

Le Canada, sur son vaste et riche territoire, compte six écoles de médecine. Jadis, il attirait a lui tous les genres d'immigrants, y compris les médecins. Aujourd'hui, sa production médicale est supérieure a ses besoins et ne laisse que peu d'espoir de succès à un médecin belge.

Le Chili se suffit à lui-même.

La Guyane hollandaise protège de préférence les médecins de la Métropole.

La Republique de Haïti accorde la licence sous condition d'un examen passé devant une Commission médicale. Elle admet assez facilement les étrangers qui pourraient encore y trouver vie confortable.

Le Mexique compte de nombreux médecins étrangers qui ont très bien réussi. L'exercice de la médecine y était libre en 1899, mais un nouveau projet de loi impose aux médecins un examen à subir en langue espagnole.

La République Argentine est plus fermée aux étrangers qui doivent y faire à nouveau leurs études pour obtenir le droit de pratiquer la médecine.

De plus, la vie est d'un prix exorbitant dans ce pays très sain.

La République Dominicaine, si elle n'ouvre pas ses caisses aux porteurs de ses emprunts ouvre, en revanche, ses frontières aux médecins.

Afin de compléter notre revue mondiale, il nous reste à examiner les pays d'*Australie*.

Dans la *Nouvelle Galles du Sud*, pas d'examen préalable à subir pour pouvoir exercer la médecine, et les médecins européens y sont bien vus.

La Tasmanie admet à la pratique le médecin étranger qui serait admis à le faire en Angleterre.

La Nouvelle Zelande se contente d'examiner et d'enregistrer le diplôme d'un médecin étranger.

De même dans *l'Australie du Sud*, dans le *Queensland* et la terre de *Victoria*.

L'Australie de l'Ouest est fermée aux médecins non anglais.

Dans cette nomenclature de pays, nous avons dû negliger certains grands pays asiatiques :

Le Japon, qui n'a rien à apprendre de l'Europe, et où le corps médical national suffit largement aux besoins du pays.

La Chine, où l'agitation xénophobe ne permet l'installation de médecins que dans les ports côtiers et sur laquelle nous ne possédons pas de documents relatifs aux régions intérieures.

En résumé, maigres chances, d'après les dires des agents consulaires belges, dans presque tous les pays.

La liste des pays ouverts aux médecins belges comprend : Les Indes Orientales, la Perse, la Turquie d'Asie, l'Egypte, le Maroc, Haïti, le Mexique, la République Dominicaine, la Nouvelle Galles du Sud, la Tasmanie, la Nouvelle-Zélande, l'Australie du Sud, le Queensland et Victoria. Encore, dans ces pays, le médecin belge doit peu compter sur d'autres appuis que ses propres moyens.

Nous estimons que nos nationaux peuvent faire leur profit de ces constatations, et c'est à ce titre que nous avons cru utile de publier dans nos colonnes l'intéressant rapport du Dr L. Dejace.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Ecole préparatoire d'Amiens. — Par arrêté du 2 décembre, M. le docteur Boussavit, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, chargé, en outre, d'un cours de physiologie, est nommé professeur de physiologie.

— Parmi les **récompenses décernées par l'Académie de médecine** dans sa séance solennelle du 12 décembre 1905, nous relevons comme intéressant notre région : l'attribution d'une partie du prix Clarens à M. Drouineau (d'Amiens); une mention honorable du prix Pierre Gusman à M. le docteur Braillon (d'Amiens) ; une mention honorable du prix Perron à M. le docteur Courtellemont (d'Amiens) ; une mention honorable du prix Pourat à MM. les docteurs Baroux (d'Armentières), Sergeant (de l'Hôpital-Militaire de Lille). Pour le service de la vaccine, ont obtenu une médaille d'argent : MM. les docteurs Bauduin (de Lens) ; Carpentier (de Fampoux, Pas-de-Calais) ; Cleuet (de Vimy, Pas-de-Calais); Georgradès (de Jaulgonne, Aisne); Hernu (d'Auchel, Pas-de-Calais) ; Razemon (d'Oignies,

Pas-de-Calais) ; un rappel de médaille d'argent : : MM. les docteurs Dupuich (d'Arleux-en-Gohelle, Pas-de-Calais); Sandras (de Montreuil-sur-Mer, Pas-de-Calais).

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de Médecine. — M. le docteur Doléris est nommé membre titulaire dans la section d'accouchements, en remplacement de M. Hervieux, décédé.

M. le Professeur Gilbert est nommé membre titulaire dans la section de thérapeutique.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de Montpellier. — M. le docteur Vallois, agrégé, est nommé professeur de clinique obstétricale.

Faculté de Lyon. — M. le docteur Nicolas, agrégé, est chargé d'un cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M, le docteur Roux, agrégé, est rappelé à l'exercice.

Ecole de plein exercice d'Alger. — M. le docteur Cange est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

Ecole de plein exercice de Nantes. — M. le docteur Morin est institué, pour une periode de neuf ans, suppléant de la chaire de physique.

Ecole préparatoire de Clermont. — M. le docteur Mornac est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale.

M. le docteur Argaud est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole préparatoire de Caen. — M. le docteur Audrain est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **L'état de la lutte contre la tuberculose en Allemagne**, par le professeur Fraenkel, Berlin, *Comité central Allemand*, 1905

— **Œuvre de préservation de l'Enfance contre la tuberculose**, par le professeur Grancher, Paris, *Guinche*, 1904.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

49e Semaine du 3 au 9 décembre 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	5
3 mois à un an	2	7
1 an à 2 ans	5	1
2 à 5 ans	3	3
5 à 20 ans	1	1
20 à 60 ans	13	12
60 ans et au-dessus	12	13
Total	42	42

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Erysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	»	1	1	»	»	»	»	»	1	6	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	5	8
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»	»	4	10	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	1	3	»	3	»	»	»	»	»	4	15	18
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	1	1	2	»	»	»	»	»	1	»	»	1	8	4
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	2	3	3	1	3	»	»	»	»	»	7	22	4
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	1	»	2	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1	»	»	2	9	13
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	1	3	5
Total	»	»	»	»	»	8	1	»	9	»	1	5	8	8	4	8	»	»	3	»	»	25	82	85

Nº 467. Neuvième Année Nº 52 Le Numéro : 10 centimes 24 Décembre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

AVIS. — Nous prions nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir le montant de leur abonnement pour 1906, en un mandat ou bon de poste, adressé à M. le docteur COMBEMALE, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté, Lille.

Passé le 25 décembre, nous ferons présenter à domicile, par la poste, une quittance représentant le montant de l'abonnement, majorée de 0,50 c. pour frais de recouvrement.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Deux cas de méningite cérébro-spinale (1)

par les docteurs **M. Breton** et **P. Vansteenberghe**

L'étude de la méningite cérébro-spinale est d'actualité. Les épidémies anciennes qui ont sévi un peu partout en Europe, celles plus récentes, qui se sont répandues en 1904 sur les différents Etats d'Amérique, en 1905 sur toute la Silésie et l'Allemagne, ont attiré l'attention des cliniciens et ont permis à ces derniers de compléter la symptomatologie de l'affection par de nombreux détails nouveaux. Nous n'avons pas souvent en France l'occasion d'observer la méningite cérébro-spinale épidémique, mais les cas sporadiques n'en sont pas tellement rares qu'un médecin puisse en ignorer l'évolution.

Deux malades que nous avons observés à la Clinique de la Charité durant l'année 1905 nous ont permis de recueillir les observations dont nous rapportons plus loin le détail.

L'intérêt de ces observations réside surtout dans la diversité des deux types cliniques. Il semble, et le fait a déjà été signalé par de nombreux auteurs, que la maladie puisse revêtir à la période d'invasion les aspects les plus différents, tantôt prendre l'apparence d'une fièvre typhoïde, avoir le début bruyant de l'influenza, du typhus exanthématique, tantôt au contraire avoir la marche d'un délire doux et tranquille. Les symptômes méningés n'apparaissent que tardivement, encore faut-il les dépister et en connaître la valeur et l'importance diagnostique. Cependant rien ne permettrait de caractériser la nature exacte de l'affection si nous n'avions pas connaissance de certains petits faits cliniques dont l'importance n'échappe plus aux auteurs, si nous n'avions pas surtout l'examen bactériologique.

Insister sur la valeur des symptômes de cette affection, sur ces petits faits cliniques qui semblent cardinaux et pathognomoniques, enfin voir les enseignements que l'on tire de l'examen du liquide céphalo-rachidien et du sang nous ont paru digne d'attirer l'attention. C'est sur ces points que nous insisterons, ce sont ces connaissances

(1) Communication à la *Société de Médecine du Nord.* Séance du 8 décembre 1905.

nouvelles que nous rappellerons à l'occasion de deux malades dont voici l'observation.

Observation I. — Ch. Paul, âgé de 17 ans, célibataire, exerçant la profession de fabricant de balais, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Combemale, le 7 novembre 1905.

Le malade se plaint de maux de tête, de rachialgie et de vomissements. Il est indisposé depuis huit jours, mais n'a pas été obligé de garder le lit. La température est de 38°4 au moment de l'entrée à l'hôpital. Le pouls est dicrote et bat 96 fois par minute.

Le père du sujet est bien portant; sa mère est morte d'affection puerpérale. Cinq frères bien portants sont actuellement en vie, 3 sont morts d'affection inconnue dans le bas âge.

Ch. a une vie régulière et modérée sous le rapport des boissons alcooliques. Il n'a jamais eu de maladie de première enfance, pas de blennorrhagie ni de syphilis.

Le malade, examiné dès son entrée dans le service, présente les symptômes suivants :

Signes objectifs. — Il se plaint toujours de rachialgie, céphalalgie et gastralgie. Il dit n'avoir pas reposé depuis huit jours et avoir une impotence fonctionnelle complète, qu'il attribue à la fatigue. La rachialgie est augmentée par la pression des masses sacro-lombaires, par les mouvements de flexion du tronc, par les efforts de toux. La céphalalgie est frontale, plus diurne que nocturne, sans exacerbation par la palpation des points d'émergence nerveuse. Les douleurs stomacales sont continues, aussi bien immédiatement que quelques heures après le repas ; la douleur n'est pas calmée par le vomissement alimentaire et sans efforts.

Signes subjectifs. — Le malade est plongé dans une somnolence continue dont on le tire facilement. La face est légèrement déviée vers la droite, la commissure abaissée. Cette asymétrie date de jeunesse. Le faciès est pâle, sans rougeur des pommettes. Quelques vésicules d'herpès aux lèvres. Les membres sont dans la résolution complète, sans raideur ni contractures. On note sur tout le corps une éruption furonculeuse et quelques taches purpuriques. Le sujet étant atteint de gale et présentant des lésions de grattage, il est fort difficile de différencier la nature de l'éruption. Pas de taches rosées sur la paroi abdominale. Les sueurs sont abondantes, sans miliaires. Appétit nul. Langue humide. Pas de fuliginosités sur les gencives, ni d'énanthème buccal ou pharyngien. Les vomissements sont rares et alimentaires. Les fonctions intestinales sont normales.

Le foie n'est pas gros, ne déborde pas les fausses côtes. La rate est normale.

La respiration ne présente rien de bien caractéristique. Elle est régulière et calme. Pas de bronchite ni de congestion des bases. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Elles sont claires et abondantes. Rien à l'auscultation du cœur. Le timbre des bruits cardiaques est clair ; il n'existe ni souffles ni dédoublements. Le pouls est bien frappé, accéléré (110 pulsations à la minute), il y a par intervalles une tendance au dicrotisme. L'examen du sang révèle une leucocytose assez accentuée. Les éosinophiles ont disparu ; les polynucléaires ont augmenté de nombre (78 %).

Système nerveux. — Pas de paralysies ni de raideurs. Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés. La trépidation épileptoïde manque. Réflexes cutanés normaux, pas de signe de Babinski. Sensibilité normale aux membres inférieurs ; hypersensibilité de la paroi abdominale. Locomotion normale ; pas de signe de Romberg. Les articulations ne sont pas touchées. Les troubles cérébraux consistent en un léger délire doux et tranquille la nuit. Le malade n'accuse pas d'hallucinations des organes des sens, en particulier de l'ouïe et de la vue. Rien à noter du côté des yeux, dont les pupilles sont légèrement dilatées, mais ont des réflexes normaux. Pas de conjonctivite. Pas de bourdonnements d'oreilles. Surdité plus marquée à gauche qu'à droite.

La fièvre est continue. La température oscille entre 38° et 39°. Traitement : Régime hydrique. Antithermiques et antisudoraux. Repos au lit.

Le 8 novembre, la situation est stationnaire. Mêmes signes que précédemment, mais les troubles digestifs prédominent. Les douleurs stomacales restent vives et l'hypersensibilité de la paroi abdominale a augmenté. L'intolérance gastrique est complète, la langue est sèche. Le malade a trois selles molles dans la journée. Le délire s'est transformé, il a été la dernière nuit plus agité. Le malade s'est levé et a voulu changer de lit.

Le 9 novembre, l'état typhique est net. Les symptômes digestifs sont ceux que nous venons de signaler ; le pouls est dicrote et par moments défaillant. Le malade est indifférent et apathique. La surdité est complète : les pupilles dilatées suivent d'un œil distrait les personnes qui l'entourent. La température est stationnaire. Un séro-diagnostic tenté ce même jour est négatif.

Le 10 novembre, l'aspect général de l'affection se modifie. La langue redevient humide, les vomissements ont complètement cessé. La douleur stomacale et abdominale a disparu. Le ventre est rétracté. La respiration est ralentie. Le pouls est plus lent (60 pulsations à la minute) et inégal. Le dicrotisme persiste. La température reste élevée et atteindra le lendemain 39°.

Le malade se couche dans le lit en chien de fusil. Le signe de Kernig est apparu. Pas de convulsions ni de contractures, mais raideurs dans les mouvements associés des membres. Raie méningitique, gémissements constants, le malade se plaignant tantôt des membres, tantôt du tronc. Rien du côté de la musculature oculaire. Les urines deviennent rares ; toujours pas d'éléments anormaux. La ponction lombaire ramène très péniblement quelques gouttes de liquide clair qui s'écoule sans pression. On recueille aseptiquement et en plus d'un quart d'heure trois centimètres cubes du liquide. L'examen cytologique dénote les faits suivants : Nombreux polynucléaires déformés et prenant mal les colorants. Quelques mononucléaires, pas de lymphocytes. Pas de forme microbienne visible à un premier examen. Le liquide ensemencé donne naissance en bouillon ordinaire, le second jour seulement, à un développement à peine visible. En bouillon ascite on obtient une culture qui se dépose en grumeaux sur les parois du tube. A l'examen microscopique on voit qu'il s'agit d'un diplocoque semblable au méningocoque et ne prenant pas le Gram. Les cultures injectées sous les méninges d'animaux se montrent totalement inactives. Le liquide franchement albumineux renferme 6 gr. 17 de chlorures par litre.

Le 11 novembre les phénomènes méningés s'accusent de plus en plus. A ceux déjà étudiés ajoutons l'apparition d'une inégalité pupillaire, de la photophobie et une contracture non douloureuse des muscles cervicaux. Le pouls est lent. La douleur est de plus en plus grande. On donne au malade de grands bains tièdes. Les symptômes restent stationnaires jusqu'au 15 novembre, époque où le malade semble réaliser un type parfait d'inflammation méningée. Somnolence continuelle avec rêvasseries et mouvements pour chasser des fantômes qu'il aperçoit devant lui. Paupières mi-closes, œil terne. Raideur de la nuque et du dos. Réflexes tendineux exagérés, signes de Kernig, Troubles vaso-moteurs consistant en rougeurs et pâleurs

se succédant à intervalles rapprochés. Râle méningitique. Dyspnée ; respiration de CHEYNE-STOKES. Pouls très rapide, inégal (140 à 160 pulsations à la minute). Pression artérielle bien conservée. Rares vomissements. Rate petite, foie rétracté. Sphincters contractés. On sonde avec difficulté le malade dont la vessie contient 1 litre 1/2 de liquide clair. On recueille par ponction de la céphalique cinq centimètres cubes de sang. Le sang ensemencé ne donne pas de culture de méningocoque.

Le 17 novembre, légère amélioration, le malade urine seul. Il cause un peu et toute la journée sort du coma dans lequel il était plongé.

Le 18 novembre l'amélioration persiste. La température est abaissée au-dessous de 37°. Le pouls reste accéléré et bat 120 pulsations à la minute.

Le 19 au matin, le malade semble convalescent, le signe de Kernig existe encore, mais les contractures et les douleurs ont disparu. Les sphincters obéissent à la volonté. Le pouls est normal en nombre mais encore défaillant. Les pupilles sont très inégales. Pour la première fois le malade s'alimente un peu.

Le 20, subitement le malade retombe dans le coma tous les symptômes précédents réapparaissent.

Le 21, secousses convulsives des membres supérieurs. Élévation de température.

Le 22, vomissements incoercibles un peu sanglants. Paralysie des sphincters. Etat comateux. Nouvel examen du sang qui nous montre une leucocytose manifeste (22,300) avec polynucléose.

Le 23, mort.

A l'autopsie pratiquée 34 heures après le décès, on note une congestion de tous les organes thoraciques et abdominaux : Poumon et cœur normaux. Le foie est gorgé de sang, légèrement augmenté de volume. La rate est grosse. Quelques ecchymoses sous la muqueuse stomacale. Pas de plaques de Peyer hypertrophiées.

A l'ouverture de la boîte crânienne on remarque les faits suivants : Les méninges crâniennes et rachidiennes sont congestionnées; elles ne sont pas adhérentes à la calotte du crâne : en ouvrant les méninges il s'écoule du sang provenant de quelques petites hémorrhagies réparties çà et là à la surface de la corticalité. Sous la pie-mère, uniquement à la convexité de l'encéphale, on voit un liquide opalin par places et franchement louche ailleurs pénétrant dans les circonvolutions et formant gaîne aux vaisseaux sanguins. Tout le tissu est mou et diffluent. Pas de granulations ni de tubercules. Les méninges rachidiennes laissent écouler un liquide louche abondant que l'on recueille par ponction et qui, ensemencé, nous donnera des cultures de méningocoque typiques.

Ce liquide ne renferme que de très rares polynucléaires ; la mononucléose est manifeste : elle porte sur les mononucléaires grands et moyens. De place en place, ces leucocytes renferment des méningocoques phagocytés présentant leurs caractères habituels de coloration. La sérosité prélevée à d'autres niveaux ne montre plus de microbes intra-cellullaires, mais la formule cytologique est la même.

La moelle colorée par la méthode de NISSL, se montre entourée d'une infiltration leucocytaire remplissant la séreuse arachnoïdienne. Les vaisseaux sont distendus et gorgés de sang. La partie périphérique de l'axe médullaire est elle-même infiltrée par des mononucléaires. La substance grise paraît peu touchée. Les altérations méningées sont plus manifestes à la région dorsale qu'à la région lombaire.

Nous résumons l'observation précédente sous les termes suivants : maladie évoluant d'abord sous les apparences d'une dothiénentérie, la période d'envahissement étant d'une durée de huit à dix jours ; puis, apparition de phénomènes méningés qui, sous réserve du contrôle bactériologique peuvent être étiquetés méningite tuberculeuse avec phase d'excitation, de régression et de coma final. Enfin, évolution et terminaison très rapide, ainsi qu'on l'observe dans la méningite cérébro-spinale épidémique.

Nous faisons remarquer combien le type clinique est indécis et nous disons qu'aucun élément, sauf peut-être l'ensemble des symptômes, ne peut faire présager de la nature même de la maladie.

OBSERVATION II. — Un homme paraissant âgé de 35 à 40 ans est ramassé sur la rue par la police. Il semble fatigué, ne parle pas, jette des yeux hagards autour de lui. Il est dépourvu de tout papier constatant son identité. On le garde une nuit à la prison municipale, puis, à défaut de renseignements, on l'envoie à la maison d'arrêt, où il est vu dès son entrée par M. le professeur WERTHEIMER. Celui-ci, frappé de l'état de misère physique et morale que présente le sujet, ordonne son transport à l'Hôpital de la Charité.

C'est dans le service de M. le professeur COMBEMALE que nous le voyons le 3 avril 1905 au matin. Nous n'avons aucun renseignement sur ses antécédents. Le sujet ne répond à nos questions que par des grognements. Il ne nous fournira jamais d'éléments diagnostiques sur l'évolution de sa maladie. Le malade est très maigre, les reliefs osseux et musculaires se dessinent sous une peau parcheminée qui ignore les règles de l'hygiène générale. Le crâne est normal, pas de fractures ni de contusions. Les mouvements des membres sont pénibles ; il y a raideur constante, mais la flexion et l'extension sont possibles. La face est normale, non déviée. Pas de paralysie des muscles des yeux : Inégalité pupillaire ; mydriase à droite, myosis à gauche. Pas de surdité. Langue non déviée. Quelques vésicules d'herpès aux coins des lèvres. Réflexes rotuliens exagérés. Trépidation épileptoïde. Réflexes cutanés normaux. Hyperesthésie des téguments : Signe de BABINSKI. Les sphincters sont contractés avec rétention des matières fécales et incontinence vésicale par regorgement. La sonde ramène près de 3 litres d'une urine très foncée. Pas de contraction des muscles du tronc, du cou et de la face. Les appareils respiratoire et digestif, le foie et la rate sont normaux : les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Rien au cœur, qui bat très lentement, mais d'un rythme égal (48 pulsations à la minute). Température : 35-2. Le malade est très refroidi. On le réchauffe et on l'alimente, la misère ne semblant pas étrangère à la faiblesse et à l'état général du sujet.

Le 4 avril, même situation, la température est toujours basse : 35-4. On peut ajouter aux phénomènes précédents, la photophobie, le signe de KERNIG, enfin la raideur du cou et de la nuque.

Le 5 avril, le malade est en opisthotonos. Il est rigide dans le lit et on peut le soulever d'un bloc sans qu'il se défende. Les membres ont présenté au cours de la journée des secousses convulsives qui se sont répétées à plusieurs reprises. On fait une ponction lombaire qui ne ramène aucun liquide malgré la probabilité de réussite.

Le 6 avril, les contractures cèdent brusquement ; le malade semble reprendre connaisssance ; il dit quelques mots à la sœur, puis retombe quelques minutes après dans le coma. Le pouls s'accélère (120 à 140 pulsations à la minute). La température reste basse. Respiration de CHEYNE-STOCKES. Pas de secousses musculaires.

Le 7 avril, le malade reste dans le coma et meurt à la fin de la journée.

A l'autopsie tous les appareils sont normaux. Les lésions sont localisées aux méninges cérébrales et spinales qui sont richement vascularisées. Quand on les incise, il s'écoule en grande quantité un liquide louche dont une partie est prélevée aseptiquement. L'axe cérébro-spinal est congestionné, ecchymotique et diffluent. Le liquide purulent distend les ventricules latéraux qui sont énormément dilatés. Cette sérosité franchement albumineuse montre à l'examen microscopique de très nombreux leucocytes mononucléaires. De distance en distance on trouve dans leur protoplasme de petits diplocoques prenant mal le Gram à côté de formes plus volumineuses mais dégénérées.

Les cultures en bouillon et gélose ascite, nous donnent ce même microbe qui présente tous les attributs du méningocoque. Inoculé aux animaux par trépanation il se montre inactif pour les cobayes. Les lapins par contre, présentent rapidement après l'inoculation des phénomènes méningés se traduisant par la raideur de la nuque, la paraplégie progressive, la contraction des sphincters. Cet état persiste jusqu'au huitième jour puis après une amélioration passagère les animaux meurent brusquement, en hypothermie.

A l'autopsie des animaux, méningite cérébro spinale suppurée avec diplocoques phagocytés. Il s'agit donc bien chez notre malade d'une infection à méningocoques. Ici la virulence du germe a permis de reproduire chez l'animal les différentes phases de l'affection observée chez l'homme.

Ces deux observations nous suggèrent quelques réflexions que nous allons exposer brièvement. Celles-ci sont de deux ordres : les unes concernent la valeur toute différente des symptômes cliniques, les autres ont trait à la recherche du méningocoque et aux modifications biologiques de l'organisme que révèlent facilement les procédés courants de laboratoire.

Mais auparavant, nous désirons insister à nouveau sur la fréquence des cas sporadiques de méningite cérébro-spinale.

Il n'est pas d'année où l'on n'ait l'occasion de voir dans un service hospitalier un malade présentant un complexus symptomatique se rapprochant de celui que nous venons d'observer. Jusqu'au jour où la ponction lombaire devint une méthode courante de diagnostic, les cas semblables furent étiquetés méningite tuberculeuse, ou infection générale à retentissement méningé. Plus tard, certains détails bactériologiques et cytologiques devaient prêter à confusion : c'était, malgré des signes de méningite, le résultat négatif de l'ensemencement d'un liquide céphalo-rachidien, ne contenant qu'un microbe atténué ou mort. C'était encore la formule leucocytaire déconcertante, à la fin de l'évolution de la maladie. Aujourd'hui, nous ne doutons plus de la nature véritable de la méningite cérébro spinale, mais ce qui nous étonne c'est l'ignorance du mode de contagion et de l'apport du microbe incriminé. Ici on ne peut découvrir de foyer d'endémie, on ne peut invoquer un réveil d'infection locale et l'on est porté à se demander si le méningocoque n'est pas un hôte normal de l'organisme. L'un de nous, dans un travail récent, en fait l'agent banal de l'infection du système nerveux, au même titre que le pneumocoque est celui de l'appareil respiratoire. La découverte du méningocoque dans les fosses nasales d'individus évitant tout contact avec les malades, l'apparition périodique de cas sporadiques, semblables à ceux que nous avons observés ne peuvent que confirmer cette opinion.

Nous insisterons également sur la grande divergence des types cliniques de la maladie. Cette remarque, déjà faite par de nombreux auteurs, les a incités à rechercher la valeur absolue des symptômes. De cette synthèse, on a tiré quelques signes qui, décelables seulement à l'observateur prévenu, peuvent être considérés comme cardinaux. Nous voulons parler du signe de Kernig, de l'herpès facial, de la céphalée, des modifications et de l'extrême variabilité du pouls, de la polyurie. Achard et Chauffard ont récemment signalé la fréquence et la valeur de ces symptômes. Le signe de Kernig est noté dans nos deux observations. On le voit apparaître au moment où aucun signe d'irritation méningée n'est encore manifeste, où le trépied classique des symptômes n'existe pas et l'on peut dire que la méningite cérébro-spinale, au point de vue clinique, n'est affirmée que par ce signe. Plus tard, apparaîtront successivement la position en chien de fusil, les contractures, enfin le spasme des sphincters et surtout du sphincter vésical, malgré une polyurie manifeste. Cette rétention d'urine est à rapprocher de ce que l'on observe chez les animaux infectés expérimentalement.

L'herpès se voit en général précoce et souvent si discret que l'on n'y attache aucune importance. Il est cependant de haute valeur diagnostique, car il est peu de cas de méningite cérébro-spinale où on ne l'ait observé. Cette fréquence d'apparition nous oblige encore à rapprocher l'infection méningococcique de la pneumococcique ; probabilité d'un même type d'infection autochtone, similitude de quelques détails cliniques, variabilité des formes, types d'infection générale à localisation très nette, tels sont les points communs à ces deux maladies.

La céphalalgie est plus accentuée au cours de la méningite cérébro-spinale que dans toute autre affection méningée. L'un de nos malades se plaignait constamment, poussait des cris déchirants et ce signe différenciait à lui seul le type que nous étudions, des manifestations tuberculeuses où le calme et la rêvasserie sont plus communément observés.

Les modifications du pouls ne sont pas spéciales à la méningite épidémique. Pourtant, dans aucune autre affection méningée, on n'observe une variabilité aussi grande et aussi rapide. Un malade présente aujourd'hui 58 pulsations, le lendemain, il y a tachycardie, sans que la courbe thermique ait oscillé. Nous avons vu dans un cas le pouls

varier de 58 à 160 pulsations, bien que la température restât basse (35°4). Dans un autre, nous avons constaté les mêmes oscillations, sans aucune modification de la courbe thermique.

Enfin, nous signalons la fréquence de la polyurie. Un de nos malades sécrétait trois litres et demi par jour malgré un spasme sphinctérien qui nécessitait l'usage de la sonde; l'autre urinait une quantité égale. Dans des observations publiées récemment, Loeper et Gouraud ont insisté également sur la valeur diagnostique de la polyurie dans les infections méningées. Telles sont les quelques signes cliniques importants sur lesquels nous avons voulu attirer l'attention.

La formule leucocytaire du sang et l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien fournissent au cours des diverses infections méningées des éléments précieux de diagnostic. En est-il de même au cours de la méningite cérébro-spinale? Nous ne pensons pas que cette étude ait jusqu'ici abouti à des conclusions précises. C'est ce qui nous engage à signaler les résultats qui nous sont propres, résultats d'ailleurs assimilables à ceux que MM. Achard, Chauffard, Sicard et Brécy ont déjà obtenu. L'examen du sang pratiqué au début de la maladie à la période d'état et à la phase ultime nous a révélé une formule invariable: leucocytose manifeste avec polynucléose.

Nous n'insistons pas sur la valeur de cette formule au moment de l'incubation, car elle nous permet d'éliminer d'emblée la dothiénentérie si spécialisée par sa leucopénie et sa mononucléose.

L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien nous a montré l'inversion de la formule leucocytaire aux deux phases de la maladie : polynucléose au début, mononucléose à la fin. Cette inversion comporte cependant un pronostic fatal bien que certains auteurs aient voulu en faire un signe de bénignité. Chauffard cite le cas d'un malade qui présentait pendant la convalescence d'une méningite cérébro-spinale typique, une lymphocytose nette du liquide céphalo-rachidien. Dans nos cas la mononucléose n'indique évidemment que le progrès de la réaction organique ; la constatation d'une lymphocytose au contraire pourrait égarer le diagnostic et faire croire à une manifestation tuberculeuse fatale alors qu'il s'agit d'une méningite cérébro-spinale de pronostic moins grave.

Nous avons vu citer partout dans les cas analogues aux nôtres l'hypertension du liquide arachnoïdien.

Personnellement, nous avons constaté deux fois l'hypotension, la non variabilité en matériaux chimiques, enfin l'absence d'associations microbiennes.

Cette absence serait, au dire de Councilmann, d'un pronostic favorable. Les deux cas que nous avons observés ne semblent pas confirmer cette opinion. L'inoculation aux animaux des cultures obtenues, pour importante qu'elle soit, ne peut donner une certitude sur l'évolution ultérieure de la maladie.

L'un de nous a prouvé que la virulence du germe est extrêmement variable et liée à la rapidité de la marche de l'affection. Dans le cas le plus aigu, nous avons pu réaliser chez l'animal un tableau symptomatique rappelant d'une façon parfaite les signes observés chez le malade. Dans l'autre plus traînant, l'inoculation est restée négative, bien que le sujet ait succombé.

Enfin, nous notons un dernier détail intéressant : nous avons à plusieurs reprises au cours de cet article assimilé la méningococcie de l'homme à la pneumococcie.

Nous eussions voulu confirmer cette similitude en signalant la présence du diplocoque de Weichselbaum dans le sang, le fait ayant déjà été constaté, rarement il est vrai, dans ces deux sortes d'infections. L'ensemencement du sang de l'un de nos malades est resté négatif. Cette épreuve tentée à la phase ultime de l'affection semble tout au moins montrer que le méningocoque reste dans la plupart des cas localisé à l'axe cérébro-spinal.

Telles sont les réflexions que nous ont suggérées nos deux observations. Nous avons exposé ces deux cas parce que la méningite cérébro-spinale n'est pas commune et aussi parce qu'elle n'est pas facilement décelable au début de l'évolution.

Nous espérons que les petits signes que nous avons cru bon de rappeler aideront le clinicien à dépister cette maladie protéiforme qui, nous le croyons, est très souvent méconnue (1).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 8 décembre 1905

Présidence de M. Surmont, président.

Scoliose consécutive à l'opération d'Estlander

MM. **Gaudier** et **Bernard** présentent un malade de quinze ans atteint de scoliose considérable, consécutive à deux opérations d'Estlander, faites pour une pleurésie purulente au côté droit.

Le début de l'affection remonte à l'âge de douze ans. Une première résection de côtes fut pratiquée alors, une seconde il y a deux ans.

La colonne vertébrale commença à se dévier latéralement après la première intervention, mais elle s'accentua après la seconde. L'enfant presque guéri actuellement présente en avant une gibbosité latérale, située très à gauche de la ligne médiane et constituée par le sternum et

(1) Nous remercions MM. Horel et Brohan, externes des hôpitaux, des détails cliniques et anatomiques qu'ils ont bien voulu nous donner et qui nous ont été très utiles pour la rédaction de cet article.

les cartilages costaux. Le côté gauche de la cage thoracique est augmenté de volume ; le côté droit au contraire est aplati, rétracté et immobile.

La colonne vertébrale est considérablement déformée, déviation en S à concavité supérieure, dirigée de droite à gauche, à concavité inférieure, dirigée de gauche à droite. Le cou est très déformé et épaissi à sa partie supérieure du côté gauche. L'omoplate de ce côté est soulevée aussi et remontée à cause de la voussure exagérée de tout l'hémithorax gauche.

Les mouvements des membres supérieurs sont normaux. Le membre inférieur est légèrement soulevé par suite de l'inclinaison de droite à gauche très prononcée du bassin, et l'on observe de ce côté un peu de boiterie.

Des tracés cyrtométriques pratiqués par MM. Gaudier et Bernard, montrent exactement les déformations de la cage thoracique chez ce malade ; déformations rarement vues aussi considérables.

Ce facteur étiologique de la scoliose a été très peu étudié et on n'en trouve que de simples mentions chez quelques auteurs.

M. **Bertin** signale qu'à l'examen radiographique fait par M. le Professeur Charmeil, le poumon apparut sous l'aspect d'un moignon accolé au hile.

M. **Surmont** dit que ce qui est tout à fait exceptionnel chez le malade de MM. Gaudier et Bernard c'est l'importance de la déformation. Il demande si à l'examen radioscopique le poumon sclérosé se dilatait encore.

M. **Bertin** répond négativement.

M. **Bernard** signale le fait suivant : les opérés d'Estlander ont souvent une déviation moins marquée.

M. **Folet** n'en a pas vu d'aussi prononcée.

Caverne pulmonaire chez un enfant de dix mois

M. **Deléarde** présente un poumon tuberculeux avec caverne provenant d'un enfant de dix mois. Sans passer pour une rareté, l'existence d'une caverne pulmonaire chez un enfant en bas âge, au-dessus d'un an, est chose assez peu commune.

Des statistiques dressées par différents auteurs, Rilliet et Barthez, Leroux, Hervieux, Comby, il résulte en effet que dans la première année les cavernes se rencontrent dans la proportion de une fois sur cinq cas de tuberculose pulmonaire. Au fur et à mesure que l'enfant grandit, elles deviennent aussi fréquentes que chez l'adulte.

Les cavernes tuberculeuses de l'enfant en bas âge siègent principalement à droite, rarement au sommet du poumon mais plutôt à la partie moyenne. Nous retrouvons ces deux localisations sur la pièce présentée.

Voici, résumée, l'histoire clinique de notre jeune malade. C'est un enfant de 10 mois que la mère nous amène à la consultation pour de nombreux abcès sous-cutanés ; il y en a sur la poitrine, sur les membres, dans le cuir chevelu, ils sont nettement fluctuants, sans trace d'induration sous-jacente, la peau est violacée à leur niveau et quelques-uns sont sur le point de s'ouvrir spontanément. Le pus qu'ils renferment est très bien lié, verdâtre. Sous l'aisselle, au cou, dans les aines, il y a de gros paquets ganglionnaires. L'état général de l'enfant est mauvais, il a de la diarrhée verte, sa maigreur squelettique avec un gros ventre forme un contraste avec la bouffissure de la face ; les lèvres fendillées et la coloration rousse des cheveux laissent fortement soupçonner la tuberculose. Cependant, à l'auscultation, on n'entend que quelques râles de bronchite, il n'y a pas de souffle, aucun signe ne permet de reconnaître la lésion très étendue trouvée à l'autopsie.

L'enfant mourut dans le marasme quatre jours après son entrée dans le service. L'autopsie a révélé l'existence d'un bloc de pneumonie caséeuse étendu au lobe moyen du poumon droit, et creusé, en son milieu, d'une caverne remplie de pus caséeux du volume d'une grosse noix. Les ganglions trachéo-bronchiques, eux-mêmes caséifiés, formaient une masse compacte avec le foyer de pneumonie. Le poumon gauche, la rate étaient farcis de tubercules à des périodes différentes de leur évolution.

Obstruction intestinale par étranglement interne, accompagnée d'avortement à deux mois et demi. Laparotomie. Mort. Autopsie.

MM. **Paul Butruille** et **Jean Minet** lisent à la Société l'observation suivante :

Charlotte D..., vingt-huit ans, ménagère, entre à l'hôpital Saint-Sauveur, le vendredi 1er décembre.

Aucune maladie antérieure. Deux accouchements assez laborieux, le premier il y a sept ans, le second il y a trois ans. Lors de sa première grossesse elle dit avoir présenté de grandes douleurs abdominales avec constipation et vomissements. Ces symptômes durèrent sept jours et cédèrent à des lavements et à des purgatifs répétés.

Depuis le second accouchement la malade a des pertes blanches et se plaint de douleurs de l'hypocondre droit. Ses règles avaient disparu depuis deux mois et demi, lorsque le lundi 27 novembre, vers dix heures du soir, apparurent brusquement des douleurs abdominales, qui lui firent craindre une perte. Ces douleurs continues durèrent toute la nuit, accompagnées de vomissements dès que la malade absorbait la moindre chose.

Mardi 18 novembre.— Les douleurs persistent, la malade les compare aux douleurs de l'accouchement. Le docteur Vasseur, appelé près d'elle, constate un abdomen douloureux à la pression, surtout à droite, en un point situé plus bas que le point classique de Mac Burney.

La palpation est cependant possible et ne révèle rien de spécial.

Au toucher vaginal, il trouve un col mou devié en arrière ; l'orifice externe est entr'ouvert à cause d'une large déchirure située à gauche; l'orifice interne est fermé.

Le doigt retire du col quelques glaires rosées. L'utérus n'est pas mobile ; il semble gros et dur. Le cul-de-sac droit est très résistant et douloureux. Ni selle, ni gaz, depuis le dimanche soir. Vomissements fréquents provoqués par la moindre absorption de liquide.— Température 37 °. Pouls normal. M. Vasseur pense à une salpingite droite.

Le soir. — Il constate un abdomen considérablement augmenté de volume, très tendre et très douloureux. La percussion révèle une sonorité généralisée.

Les culs-de-sac sont tendus et bombent dans le vagin. Douleurs continues. Plus de vomissements. Soif ardente. Température 37°. Pouls 90.

Traitement. — Glace sur le ventre. Repos complet. Lavements laudanisés. Injections vaginales très chaudes. Boissons froides par petites quantités. Comme on ne peut se procurer la glace de suite on place sur l'abdomen des cataplasmes laudanisés. La famille administre à la malade trente grammes d'huile de ricin, sans en rien dire à son médecin. Pas de selle. Pas de vomissement.

Dans la soirée le pouls atteint 100 pulsations à la minute, les lèvres sont rôties, la soif augmente, la température baisse à 36°7. Une injection de morphine calme les douleurs.

Mercredi 29 novembre 1905. — Les douleurs sont calmées. Les vomissements ne se sont plus reproduits. Le ventre est moins tendu et moins douloureux, la défense de la paroi a beaucoup diminué. Les culs-de-sac ne bombent plus. Cette amélioration fait refuser par la famille l'envoi à l'hôpital. Cependant l'état général s'est aggravé. Les lèvres rôties, la température est de 37°2. Le pouls est presque incomptable et très dépressible.

A midi. — Injection de 300 grammes de sérum artificiel. Les douleurs reparaissent. La glace arrive enfin ! Une vessie de glace est placée sur le ventre immédiatement.

Urines rares et foncées, 350 grammes par vingt-quatre heures. Le soir : température 36°5, pouls 120. Injection de 300 grammes de sérum artificiel. Injection de morphine.

Jeudi 30 novembre. — Le ventre est redevenu gros, tendu et très douloureux. Submatité dans le flanc gauche et l'hypogastre. Sonorité tympanique dans le flanc droit. La tension de l'hypogastre fait penser à la vessie distendue. Le cathétérisme amène l'évacuation de 60 grammes environ. Pas de sensation de flot péritonéal. Ni sel, ni gaz, ni vomissements, un peu de hoquet pendant la nuit précédente. Température 36°7. Pouls incomptable. La famille refuse toujours l'envoi à l'hôpital. Injection de sérum artificiel de 300 grammes. Lavement huileux d'un litre, sans résultat.

Le soir. — Douleurs continues et généralisées, à l'abdomen,

La malade a évacué deux gaz sentant très mauvais, dus probablement au lavement huileux. Pouls, 140 ; température, 37°4. La famille accepte enfin le transfert à l'hôpital.

Dans la soirée. — Douleurs utérines expulsives ; la malade perd quelques caillots et continue à saigner toute la nuit. Les douleurs diminuent.

Dans la nuit. — La malade aurait eu un seul vomissement noirâtre sentant très mauvais et contenant du sang rouge, au dire du mari.

Vendredi 1er Décembre, matin. — Pouls, 120, très dépressible ; température, 37°2. Ventre tendu. Submatité généralisée. La malade continue à perdre du sang par le vagin. Injection sous-cutanée de 300 grammes de sérum artificiel. A 2 heures, les formalités nécessaires à l'admission à l'hôpital sont enfin terminées.

Le soir. — A son arrivée à l'hôpital à 5 heures, la malade présente un ventre très gros et très tendu. La palpation en est impossible. A la percussion, on trouve toujours des tympanisme dans le flanc droit et de la matité dans l'hypogastre et le flanc gauche.

La malade est très déprimée. Elle a l'haleine fétide et le faciès péritonéal ; la langue et les gencives sont recouvertes de fuliginosités. La température est à 36°5, le pouls à 128, très petit, filant et dépressible.

MM. les professeurs Folet et Oui pratiquent, à six heures et demie du soir. une laparotomie exploratrice, aidés par M. Minet, interne de garde ; anesthésie au chloroforme, avec l'appareil de Ricard, par M. Paul Butruille, interne. Le péritoine très épaissi et présentant de nombreuses adhérences, est incisé sur une longueur de cinq ou six centimètres : il s'en échappe immédiatement, en grande abondance, un liquide noirâtre, sanguinolent, et à odeur repoussante de viande faisandée à l'excès. Un doigt, introduit dans la cavité, ne perçoit aucune tumeur, mais seulement des anses intestinales dilatées ; les organes génitaux internes sont sains ; l'utérus est gros comme un utérus gravide de trois mois. Pas de caillots dans le péritoine. Deux gros drains sont placés dans la cavité et la plaie est refermée.

On pratique un anus iliaque dans le flanc gauche : on retrouve à ce niveau de nombreuses adhérences, et le même liquide qu'au niveau de la plaie médiane ; aucune anse intestinale ne vient faire saillie à l'orifice ; on cherche à en attirer une à la paroi, mais on est obligé d'y renoncer, les adhérences s'opposant absolument à cette manœuvre. M. Oui, qui opère, a la sensation très nette que, si l'on insistait, l'intestin se déchirerait. D'ailleurs, l'état de la malade commence à devenir inquiétant, le pouls s'est exagéré à 160. On place encore un drain dans l'orifice et

on referme. Pansement aseptique maintenu par un bandage de corps.

La malade meurt le lendemain, à six heures du matin.

Le symptôme qui dominait chez cette malade était évidemment l'obstruction intestinale ; mais la variabilité des signes constatés chez elle et l'hémorrhagie utérine qui s'est produite vers le 4e jour ont fait errer le diagnostic de la cause de cette obstruction. La laparotomie elle-même ne nous a pas éclairé davantage. Et il est à remarquer que même sur la table d'autopsie, la découverte de l'obstacle a demandé un certain temps.

C'est précisément la difficulté de cette recherche en même temps que l'intérêt que présente la lésion trouvée à l'autopsie qui nous a incités à publier cette observation.

L'autopsie est pratiquée le jour même par M. le professeur Curtis. A l'ouverture de la plaie médiane, on trouve une poche que l'on croit remplie par le liquide noirâtre et fétide de la veille. Cette poche est adhérente aux anses intestinales. On la prend d'abord pour une grossesse extra-utérine rompue et enkystée. Mais bientôt l'on constate avoir affaire à un amas d'anses intestinales grêles sphacélées ; au-dessus d'elles, on trouve une bride péritonéale tendue entre le cœcum et une anse grêle. L'appendice situé en position rétrocœcale est sain. On se trouve donc en présence d'un étranglement interne qui s'est produit par le glissement d'un amas d'intestin grêle dans un anneau constitué par la bride péritonéale en question.

M. **Gérard G.** pense qu'il s'agit, dans le cas présent, d'une inflammation primitive du cœcum, avec destruction et effondrement du péritoine, ayant étranglé l'anse invaginée.

M. Gérard dit que les fossettes iléo-cœcales ont dû être incriminées, bien souvent à tort, et que les auteurs ont exagéré leur importance.

Cancer du rectum

M. **Drucbert** présente un cancer du rectum enlevé chez une femme de quarante-trois ans. Cette tumeur n'avait pas envahi circulairement l'intestin, mais présentait l'aspect d'une ulcération à bords bourgeonnants et saignants occupant la face postérieure de l'ampoule rectale ; cette ulcération, grande comme une pièce de cinq francs, reposait sur une base indurée descendant jusqu'auprès de l'anus et dont l'extrémité supérieure ne pouvait être atteinte par le toucher rectal. Par le palper abdominal on ne sentait rien, mais les ganglions du triangle de Scarpa étaient déjà volumineux et le malade souffrait beaucoup.

La résection du coccyx et de l'extrémité inférieure du sacrum, a permis d'enlever largement l'anus, le rectum et les tissus environnants, en dépassant l'ulcération de cinq centimètres, mais on trouva adhérents à la partie supérieure de l'intestin enlevé, des ganglions cancéreux de la grosseur d'une noisette. Le rectum fut décollé plus haut pour l'abaisser dans la brèche périnéale ; cette manœuvre permit d'enlever de nouveaux ganglions.

La fixation du rectum à la peau a été faite après un demi-tour de torsion pour obtenir une continence qui a été satisfaisante avec le port d'une pelote sacrée. Mais quoiqu'actuellement quatre mois après l'opération, il n'y ait pas de récidive locale, le malade se plaint de douleurs très fortes qui témoignent de la pullulation des lésions dans la chaîne ganglionnaire.

M. **Carlier.** — La communication de M. Drucbert me rappelle certains faits d'intervention pour cancer du rectum. Mon expérience personnelle, ce que j'ai vu autour de moi et ce que j'ai lu, tout me fait croire que l'on ne rend pas un grand service, au contraire, à la plupart des malades qu'on opère pour un cancer du rectum. La pièce que vient de nous montrer M. Drucbert, pièce fort belle d'ailleurs, ne me fait pas changer d'avis. J'ai toujours vu la récidive survenir assez rapidement, et j'estime qu'au point de vue de la survie, un malade est dans des conditions infiniment meilleures avec un simple anus iliaque qu'après l'ablation de son cancer ordinairement accompagné de l'ablation du sphincter de l'anus. J'ai vu des malades porter et supporter leur cancer pendant six et sept ans, même sans anus iliaque, avec un état général passable, alors que j'ai vu récidiver au bout de deux mois des cancers rectaux opérés par les chirurgiens les plus habiles en chirurgie intestinale.

Ces réflexions s'adressent aux cancers du rectum importants ; or on sait que ce cancer est souvent indolent au début et qu'il arrive que ce malade ne vient s'en plaindre qu'alors que le mal est déjà assez avancé.

M. **Drucbert** déclare que les suites de son intervention ne semblent pas favorables. La malade opérée par lui, souffre et présente des signes d'irritation des plexus cruraux sur des ganglions haut situés ; mais à côté de ce cas il en est d'autres où l'opération radicale donne au malade une survie tout aussi longue et peut être plus longue qu'avec un anus iliaque, avec un anus sacré moins désagréable pour son porteur que l'anus iliaque. Il faut ajouter encore que cette opération palliative ne peut donner au malade l'illusion de la guérison définitive que donne l'ablation de la tumeur.

M. **Gérard G.** pense que l'envahissement de la muqueuse rectale est toujours secondaire à la pullulation cancéreuse dans les ganglions péri-rectaux.

Au point de vue chirurgical, MM. Quenu et Hartmann ont montré la difficulté d'enlever tous ces ganglions.

M. **Colle J.** cite le cas d'un malade opéré par le docteur P. Colle, il y a sept ans, et n'ayant pas encore présenté de récidive. Grâce à une torsion de l'intestin, on peut même éviter l'incontinence sphinctérienne.

M. **Folet** est aussi partisan de l'abstention. Il conseille, guidé par l'expérience, l'anus iliaque précoce. Toutes ses opérations radicales ont récidivé promptement tandis qu'il a vu plusieurs de ses opérés d'anus iliaque avoir des survies de 2, 3 et 4 ans, avec une existence parfaitement supportable et compatible avec leurs occupations professionnelles. Une malade qu'il connaissait, opérée par Tillaux, a survécu 5 ans et jusque un an avant sa mort, elle dînait en ville et alla au théâtre. Jaboulay qui ne peut être appelé un timide, est aussi partisan de l'anus iliaque.

Tumeur de la thyroïde

M. **Gellé** présente au nom de M. **J. Colle** et au sien les coupes d'une tumeur de la thyroïde dont les détails cliniques ont été rapportés précédemment par M. J. Colle.

La section de cette tumeur qui, par son aspect extérieur et sa consistance offrait tout les caractères d'un kyste montra qu'il s'agissait d'une production solide développée aux dépens de la glande thyroïde.

Constituée par un tissu blanc jaunâtre, mou, laissant sourdre un liquide visqueux, cette néoplasie offre par places des hémorragies assez développées dont la coloration rouge brun tranche sur le tissu jaunâtre voisin.

Histologiquement la tumeur présente la structure glandulaire. Elle est formée par une agglomération de tubes serrés les uns contre les autres, ayant perdu la disposition lobulée que l'on rencontre dans une thyroïde normale. Quelques-uns de ces tubes renferment quelques masses colloïdes. Mais ce n'est rare. Presque tous sont une lumière libre, ou au contraire comblée en parties par des cellules glandulaires analogues à celles qui servent de revêtement glandulaire.

A côté de ces territoires permis de tissu compact se trouvent d'autres régimes où le parenchyme glandulaire a été dissocié par une infiltration œdémateuse ou par des hémorragies interstitielles. Cette désagrégation des tubes est parfois tellement accusée que l'on peut voir dans de grandes plages sanguines ou œdémateuses quelques rares tubes complètement isolés les uns des autres.

C'est cette dernière particularité de structure qui, donnant à la néoplasie une consistance extrêmement molle, la fit prendre pour un kyste.

Enfin par sa structure et par la netteté de ses limites, cette tumeur rentre dans le genre des adénomes et peut être considérée comme une tumeur bénigne de la fièvre typhoïde.

Contribution à l'étude du méningocoque

MM. **Vansteenberghe** et **Grysez**. — L'origine et la nature de la méningite cérébrospinale sont encore extrêmement discutées. Les assertions produites par différents observateurs tendent en effet à faire admettre que le germe causal de cette affection n'est pas unique (pneumocoque ou méningocoque) ou qu'il peut présenter des variétés morphologiques caractérisées par leurs réactions vis-à-vis de la méthode de Gram.

Or, de nos recherches effectuées sur des échantillons de différents microbes isolés au cours de méningites cérébrospinales il résulte que la réaction colorante vis-à-vis du Gram est loin d'être constante : elle est liée à la virulence du germe qui reste d'autant plus facilement coloré qu'il est plus actif. Dans les milieux défavorables à son développement comme dans le liquide céphalo-rachidien, le méningocoque de Weichselbaum perd rapidement sa virulence en même temps que son caractère de coloration.

Cette variation dans la virulence du germe, niée par beaucoup d'auteurs, dépend elle-même de conditions spéciales faciles à mettre en évidence. Elle semble liée à la durée de l'affection.

Si le malade est emporté en quelques jours par une méningite suraiguë, le méningocoque est extrêmement virulent pour le lapin et le cobaye : les animaux inoculés par trépanation meurent après avoir présenté tous les symptômes caractéristiques de la maladie.

Si la marche de l'affection est très lente, le germe s'atténue progressivement jusqu'à disparaître et dans ces conditions, très rapidement. il cesse de prendre le Gram et reste inactif quel que soit le mode d'inoculation employé.

Cette atténuation peut se mettre en évidence expérimentalement. En effet, le microbe, comme celui encore inconnu de la rage, se localise de préférence sur les éléments nerveux (vaisseaux médullaires et cérébraux, épendyme). La substance cérébrale des animaux morts de méningite cérébrospinale tue aussi facilement qu'une culture fraîche ; si on la dessèche rapidement dans le vide elle garde son activité plus de trois mois, ce qui la rapproche du virus rabique ; comme pour celui-ci encore, la moelle desséchée lentement dans des flacons à potasse s'atténue d'une façon progressive mais irrégulière.

Chose curieuse, le germe garde sa vitalité, alors que sa virulence est tout à fait perdue et dans ce cas les cultures décèlent un méningocoque qui présente tous les attributs de celui de Weichselbaum.

On peut ainsi obtenir et conserver tous les stades de l'atténuation.

Le germe dépourvu de toute virulence, peut reprendre son activité si l'on arrive, par les moyens usuels en bactériologie, à triompher de la résistance d'un premier animal (inoculation intra veineuse de fortes doses de culture pure). L'on s'explique ainsi la possibilité des rechutes au cours de la méningite cérébro-spinale. L'apparition du premier cas de la maladie se démontre aussi facilement ainsi que nous allons le voir.

Chez les animaux inoculés avec une culture très active,

on retrouve le microbe causal avant la mort sur la muqueuse nasale et la muqueuse oculaire ; certaines préparations de sérosité oculaire d'animaux inoculés expérimentalement peuvent même faire le diagnostic de l'affection.

Chez l'homme la présence du méningocoque a été signalée dans les fosses nasales par quelques auteurs, mais les résultats des observations de ce genre ont été contradictoires. Certains bactériologistes soutiennent en effet qu'il s'agit d'un germe particulier : le micrococcus catarrhalis dont les relations avec le méningocoque sont mal établies (BEZANÇON et DEJONG, LE DAMANY).

Nous avons, pour notre part, rencontré le méningocoque dans tous les cas, chez les personnes qui avaient été en contact ou non avec des malades.

Nous pensons qu'il s'agit en l'espèce d'un germe extrêmement répandu, facile à isoler du mucus nasal par la culture. Ce microbe possède chez certaines personnes une grande virulence pour les animaux, alors que chez d'autres il est inactif.

Le mucus nasal d'individus sains est susceptible de produire une méningite cérébrospinale typique chez le lapin, de même que la salive d'individus bien portants peut déterminer chez la souris une pneumococcie expérimentale.

Ces faits sont à rapprocher l'un de l'autre et nous montrent bien la genèse autochtone de l'affection.

Le méningocoque perpétuellement présent dans nos fosses nasales, à la faveur d'une infection légère, d'une infériorité momentanée de l'organisme, pénètre avec les leucocytes dans la séreuse arachnoïdienne et produit des accidents que nous croyons devoir être très fréquents.

En effet, à côté de la méningite classique, nous pensons qu'il doit exister une foule d'états morbides à prédominance nerveuse ayant pour agent le méningocoque.

Peut-être beaucoup de localisations cérébro-spinales inexpliquées quant à leur origine, pourront un jour se rattacher à l'action de ce microbe.

L'atténuation rapide du méningocoque dans le mauvais milieu de culture qu'est pour lui le liquide céphalo-rachidien, sa disparition facile par phagocytose expliquent suffisamment les résultats négatifs obtenus jusqu'à présent : les réactions de l'élément nerveux sont tardives et quand elles se manifestent le microbe a disparu.

Pour nous le méningocoque est l'agent banal de l'infection nerveuse comme le pneumocoque est l'agent banal de l'infection pulmonaire.

Deux cas de méningite cérébro-spinale

MM. **Breton** et **Vansteenberghe** présentent à la Société, les réflexions que leur ont suggérées deux cas de méningite cérébro-spinale. L'article est reproduit *in-extenso dans le présent numéro.*

M. **Ingelrans.** — L'évaluation au manomètre de la pression du liquide lors de la ponction lombaire n'a de valeur qu'en cas de résultat positif, indiquant l'hypertension. Quand on ne trouve que de l'hypotension, cela ne veut pas dire que cette hypotension soit réelle, car un léger déplacement de l'aiguille amène souvent une modification notable de l'écoulement.

D'autre part, si dans les méningites aiguës, il existe de la polynucléose, il n'en est pas moins vrai que par la suite, lorsque le processus s'atténue, la lymphocytose apparaît à son tour et qu'on peut ne faire la première ponction qu'à ce stade de lymphocytose. Cela ne veut pas dire que la méningite doit guérir, mais simplement qu'elle passe à l'état subaigu. Il est vrai que les formes subaiguës sont moins graves que les formes aiguës, mais la lymphocytose n'est que le témoin de la subacuité et non pas la démonstration d'un pronostic favorable.

Enfin, dans la méningite à bacilles de KOCH, il peut se faire des associations microbiennes : quelquefois, on ne trouve que les microbes associés sans rencontrer le bacille de la tuberculose. Le cytodiagnostic est alors entaché d'une importante erreur. L'inoculation d'un liquide contenant le bacille de KOCH ne donne pas toujours la tuberculose au cobaye, ce qui fait que le diagnostic clinique de la méningite tuberculeuse est toujours beaucoup plus certain que le diagnostic bactériologique. Dans la méningite cérébro-spinale comme dans la méningite tuberculeuse, on peut avoir de la lymphocytose. Dans les deux cas, on peut ne rencontrer que du méningocoque, le bacille de KOCH étant masqué ; dans les deux cas, l'inoculation du cobaye peut être négative, le bacille de KOCH etant en trop petite quantité parfois dans la méningite tuberculeuse, pour donner une tuberculose expérimentale.

M. **Breton** indique le moyen le plus sûr de constater la tension d'un liquide céphalo-rachidien. Il est d'accord avec M. INGELRANS au sujet de la valeur diagnostique de la formule cytologique et de son inversion, mais il rappelle que le fait n'a pas été vu de même façon par tous les auteurs qui ont eu tendance à en faire un signe de bénignité.

Enfin, dans les deux observations personnelles à MM. VANSTENBERGHE et BRETON, le diagnostic de méningite tuberculeuse a pu être écarté avec certitude.

Traitement de l'hypospadias

M. **Carlier.** — Je présente à la Société un jeune enfant de quatre ans que je viens d'opérer pour un hypospadias balanique, par le procédé de VON HACKER, modifié par VILLEMIN. J'ai déjà opéré plusieurs enfants par ce même procédé que je trouve excellent. Vous savez quelles difficultés les chirurgiens rencontraient autrefois pour remédier à cette petite malformation ; on voulait, par la vieille

méthode de Duplay, reconstituer la portion manquante de l'urètre, en utilisant les tissus voisins, mais, outre que l'opération exigeait en général deux séances, elle laissait un méat cicatriciel à tendance constamment rétractile. Le procédé actuel est à l'abri des ennuis des anciennes méthodes. Il consiste à disséquer l'urètre sur une certaine étendue, en laissant autour de l'orifice hypospadique une petite collerette de muqueuse, l'urètre, ainsi libéré, est ensuite attiré à travers un tunnel creusé dans le gland et son orifice est suturé à l'orifice de ponction du gland au moyen de catgut fin et la sonde à demeure est ordinairement inutile, car il n'existe aucune solution de continuité du canal si l'opération a été bien exécutée.

J'insiste sur l'extrême minceur de la portion de l'urètre voisine de l'orifice hypospadique, minceur qui rend le canal à ce niveau, véritablement transparent ; aussi, suis-je d'avis de ne pas opérer avant l'âge de quatre ans.

(*A suivre*)

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Un **Concours pour un emploi de chef de clinique obstétricale** s'ouvrira à la faculté de Médecine le lundi 22 janvier 1906, à neuf heures du matin.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté du 3 au 15 janvier, et déposer en s'inscrivant une expédition de leur acte de naissance et le diplôme de docteur en médecine. Est admis à concourir tout docteur en médecine, de nationalité française, âgé de 35 ans au plus (Art. 3 de l'arrêté du 1er octobre 1896). Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice ; en outre, le chef des travaux anatomiques, le prosecteur d'anatomie, le préparateur d'anatomie pathologique ne pourront cumuler leurs fonctions avec celles de chef de clinique. La durée des fonctions de chef de clinique est fixée à un an ; la nomination pourra être prorogée trois fois, et pour une année chaque fois, sur la demande du professeur. — Le traitement annuel est de 1.200 francs.

Nature des épreuves. — Les épreuves du concours consistent : 1° En une composition sur un cas de dystocie ou de pathologie de la grossesse ; 2° En une épreuve clinique orale de quinze minutes sur une ou deux femmes, au choix du jury, après une demi-heure d'examen et de reflexion ; 3° En manœuvres obstétricales ; 4° En appréciation des titres antérieurs et des travaux des candidats.

Attributions. — Les attributions du chef de clinique sont les suivantes : 1° Aider le professeur dans l'enseignement, les exercices et les démonstrations cliniques, les recherches de laboratoire ; 2° Exercer les élèves, sous la direction du professeur, à l'examen des malades et aux divers procédés d'investigations propres à établir le diagnostic des maladies ; 3° Suppléer le professeur dans les visites hospitalières en cas d'empêchement momentané, et notamment dans les contre-visites du soir.

— Le 18 décembre 1905, devant un jury présidé par M. le docteur Combemale, administrateur des hospices, composé de MM. les professeurs Folet, Gérard (Georges), Ingelrans, Bué et de M. le docteur Bertin, médecin des hôpitaux, ont eu lieu les **épreuves du concours pour le prix de fin d'année entre internes ou médaille d'or.**

Le mémoire déposé par M. Petit, le seul candidat qui s'est présenté, était intitulé : « *Contribution à l'étude de la conduite à tenir dans les amputations accidentelles* ». A l'épreuve écrite, la question sortie était : *vaisseaux du cœur, le pouls, plaies du cœur*. Restaient dans l'urne : *Voies biliaires extra-hépatiques, anatomie et physiologie ; abcès du foie. Anatomie et physiologie du grand nerf sciatique, symptômes et diagnostic des névralgies sciatiques. Faisceau pyramidal, paralysie infantile. Ovaire, anatomie et physiologie ; diagnostic et complications des kystes de l'ovaire.* A l'épreuve clinique, les malades examinés présentaient l'un *une hémiplégie avec contractures au cours d'une cardiopathie*, l'autre, un *bassin coxalgique*. Très satisfait des épreuves du concours, le jury a présenté M. Petit comme lauréat.

— La Commission des hospices a décerné hier les **prix de cent francs**, qu'elle attribue tous les ans aux meilleurs de ses externes. Ces récompenses ont été accordées à MM. Andrès, Brécout, Carlier, Carrez, Dequidde, Gérard, Horel, Leconte, Plez, Tréhout. Nous leur en adressons toutes nos félicitations.

— Nous relevons avec satisfaction parmi les **récompenses de l'Exposition internationale de Liège**, dans le groupe XIV, industrie chimique, classe 87, arts chimiques et pharmacie, les noms de MM. le docteur Lambling, professeur à la Faculté de médecine, et Lemoult, chargé de cours à la Faculté des sciences de Lille, comme participants de la collectivité de la Société chimique de Paris, qui a obtenu un diplôme de grand prix. Nous adressons à nos collègues toutes nos félicitations pour cette distinction.

— A la liste des **prix décernés par l'Académie de médecine**, que nous avons rapportée dans notre dernier numéro, nous devons ajouter les noms suivants, proclamés dans le service de l'hygiène de l'enfance ; une *médaille d'argent* à MM. les docteurs Alexandre, d'Arques (Pas-de-Calais); Ausset, de Lille; une *médaille de bronze* à MM. les docteurs Aigre, de Boulogne-sur-Mer; Butruille, de Roubaix ; Mantel, de Saint-Omer.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. F. C. DECAIX, d'Arras (Pas-de-Calais), pharmacien de 1re classe, a soutenu avec succès le lundi 11 décembre 1905, sa thèse de doctorat (n° 4), intitulée : **Contribution à l'étude des méthodes nouvelles de diagnose médico-légale du sang humain (procédé Bordet-Uhlenhuth et Marx Ehrnrooth).**

M. J. SALMON, de Cambrai (Nord), a soutenu avec succès, le mardi 19 décembre 1905, sa thèse de doctorat (n° 6), intitulée ; **Contribution à l'étude de la phocomélie.**

M. A. E. LEBLOND, ancien préparateur de thérapeutique, moniteur de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, de Lille (Nord), a soutenu avec succès, le mardi 19 décembre, sa thèse de doctorat (n° 5), intitulée : **De l'oblitération chirurgicale des voies lacrymales, indication de la destruction et de l'extirpation du sac.**

M. F.-E. M. POLLET, de Lille (Nord), a soutenu avec succès, le samedi 23 décembre 1905, sa thèse de doctorat (n° 7), intitulée : **Du traitement des prostatites par les courants de haute fréquence.**

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs PERNELLE, de Dieppe (Seine-Inférieure); THOUVENET, de Limoges (Haute-Vienne).

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **La géologie et la climatologie de Saint-Nectaire**, par le docteur E. ROUX, Riom, *Jousset*, 1905.
— **Note sur le traitement du diabète à la Bourboule**, par le docteur VERDALLE, extrait des *Archives générales de médecine*, 1905.
— **L'éducation du mouvement**, par le docteur M. FAURE (de Lamalou), Montpellier, *Delord-Boehm*, 1905.
— **Les tumeurs de l'encéphale, manifestations et chirurgie**, par le docteur DURET, Paris, *Alcan*, 1905.
— **L'assistance nationale aux tuberculeux dans la lutte contre la tuberculose en Portugal**, Lisbonne, *Imprimerie Nationale*, 1905.
— **La lutte contre la tuberculose du bétail au Danemark**, par M. BANG, Copenhague, *Peterson*, 1905.
— **Rapports présentés au Congrès international de la tuberculose**, Paris, *Masson*, 1905.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

50e SEMAINE DU 10 AU 16 DÉCEMBRE 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	2
3 mois à un an	3	6
1 an à 2 ans	2	2
2 à 5 ans	2	2
5 à 20 ans	1	3
20 à 60 ans	14	17
60 ans et au-dessus	15	17
Total	45	49

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	5	10	7	25	7	6	6	2	19	2	4	93
TOTAL des DÉCÈS	7	14	13	14	4	16	5	7	11	»	2	93
Autres causes de décès	2	3	4	7	2	4	2	2	3	»	1	30
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2
Diarrhée et entérite — plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite — de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite — moins de 2 ans	»	1	»	1	»	3	»	»	1	»	»	6
Maladies organiques du cœur	1	1	1	»	»	»	1	»	1	»	»	5
Bronchite	»	»	»	2	»	2	»	1	1	»	»	6
Apoplexie cérébrale	»	3	2	»	»	3	»	1	»	»	»	9
Cancer	2	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	5
Autres tuberculoses	»	»	1	1	1	»	1	»	»	»	»	4
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Bronchite et pneumonie	1	1	3	1	»	2	»	1	»	»	»	9
Grippe	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tuberculose pulmonaire	1	3	2	2	»	2	1	2	4	»	»	17
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Erysipèle	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

N° 468. Neuvième Année. N° 53. Le Numéro : 10 centimes 31 Décembre 1905

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

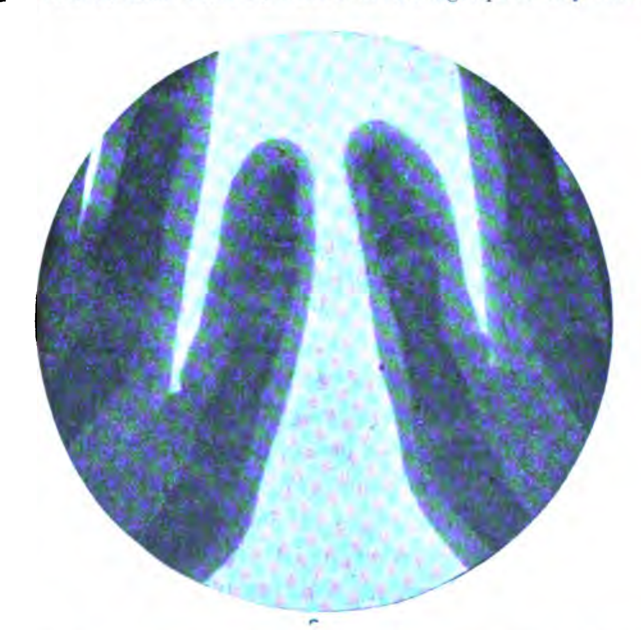
Sur un cas de pouces à trois phalanges

par **L. Arquembourg**, interne des hôpitaux

Nous venons d'observer dans le service de M. le Professeur agrégé DELÉARDE une anomalie congénitale fort rare : le pouce à trois phalanges.

Il s'agissait d'un jeune garçon, Gaston V..., entré au début de novembre 1905, au pavillon d'isolement de l'hôpital Saint-Sauveur. Il présentait à ce moment une scarlatine normale ; au cours de l'examen du malade, nous avions été frappés par l'orientation et la longueur exagérée des pouces. Au lieu d'être placés latéralement par rapport aux autres doigts comme dans la main normale, ils étaient orientés dans le même plan que leurs voisins ; de plus alors que l'extrémité du pouce atteint habituellement le milieu de la première phalange de l'index, sur les deux mains de notre scarlatineux, elle dépassait un peu le tiers inférieur de la deuxième phalange de l'index.

Enfin, la phalangette du pouce gauche paraissait immobilisée en extension sur la première phalange ; les articulations du pouce droit fonctionnaient normalement. Les autres doigts n'avaient rien de particulier, de même que les orteils. Nous désirions avoir la raison de ces anomalies, aussi dès sa guérison, le petit malade fut-il mené dans le service de M. le Professeur CHARMEIL, qui voulut bien nous remettre la radiographie ci-jointe.



On peut remarquer sur cette radiographie que la phalangette du pouce droit envoie une apophyse volumineuse qui lui est rattachée par de fortes travées osseuses ; le pouce gauche présente une disposition encore plus curieuse : entre ses deux phalanges s'est développé un petit os complètement indépendant de ses deux voisins et qui leur oppose des surfaces articulaires, au niveau desquelles des plis de flexion apparaissent sur la peau. Il existe donc sur ce pouce une phalange supplémentaire, fait excessivement rare si on en croit le petit nombre de cas qui ont été publiés.

Dans sa thèse d'agrégation, FORT (1) a admis l'existence de cette anomalie, dans sa classification des difformités des doigts, nous la voyons classée sous le terme de Macrodactylie, mais il n'en cite aucun cas.

Le DENTU et DUVAL prétendent qu'on peut douter qu'il en existe des exemples.

Dans un travail présenté à la Société de Médecine du département du Nord, le 12 Juillet 1889, M. le docteur G. DUTILLEUL (2) rapporte un cas de pouce bifide à trois phalanges. Il cite comme cas publiés à cette époque celui de P. DUBOIS et 3 cas de FOLTZ (3). Depuis 1889, nous n'avons pas vu signaler de nouveaux cas, la rareté de l'anomalie semble donc bien établie.

Dans les trois cas de FOLTZ et dans celui de M. DUTILLEUL, le pouce était bifide. Il n'y a donc que le cas de P. DUBOIS avant le nôtre où la bifidité n'existait pas.

Le cas de M. DUTILLEUL présente un point qui rappelle beaucoup le nôtre. Il s'agissait d'un pouce bifide possédant trois phalanges sur chacune de ses moitiés : « complète pour la phalangette du pouce interne, la division en deux os n'est pour ainsi dire qu'esquissée sur la phalangette du pouce externe ».

Or, on se rappelle que chez notre malade, il y avait également sur l'un des pouces, le droit, une ébauche de phalange alors que la division en trois phalanges était indiscutable pour le pouce gauche. Il semble donc que la nouvelle phalange est due dans ces deux cas à la division de la phalangette.

Il serait peut-être téméraire actuellement de se baser sur ce simple fait pour expliquer l'anomalie et pour décider si la phalange que nous venons de voir apparaître n'est qu'une épiphyse détachée d'une phalangette, ou bien si elle représente la réapparition d'une phalangine ayant disparu chez l'homme dans le cours de l'évolution.

En effet, il y a encore actuellement une grande incertitude sur la nature du premier métacarpien, et c'est ce qui empêche de dire formellement si l'os supplémentaire d'un pouce à trois phalanges représente une phalangine.

Certains, comme HERTWIG (4) et KOLLIKER, se bornent à constater les différences embryologiques qui existent entre le métacarpien du pouce et les autres métacarpiens; mais ils ne se prononcent pas sur la nature de ce métacarpien. A côté des embryologistes et anatomistes qui restent neutres, il en existe d'autres qui professent des idées tout-à-fait opposées ; les uns avec SAPPEY considérèrent le premier métacarpien comme dû à la soudure du métacarpien de la première phalange du pouce; d'autres comme HUGUIER (6) considèrent le métacarpien comme absent et représenté par la première phalange du pouce, d'autres enfin, comme M. le professeur DEBIERRE (6) attribuent l'absence de la troisième phalange du pouce à la disparition de la phalangine.

SAPPEY (7) avait pris pour point de départ de sa théorie ce fait observé par MECKEL et par tous les embryologistes que le premier métacarpien a comme les phalanges un point d'ossification complémentaire supérieur ou carpien, tandis que le point complémentaire des autres métacarpiens est inférieur ou phalangien. Il y aurait donc une grande analogie entre le premier métacarpien et une phalange; le véritable métacarpien serait représenté par l'épiphyse supérieure.

M. le professeur POIRIER se rattache à l'opinion de SAPPEY ; dans sa thèse d'agrégation et dans son traité d'anatomie, il admet la soudure du métacarpien et de la phalange et il explique cette soudure par l'atrophie du métacarpien. « On voit en effet presque partout, dit-il, les os rudimentaires se souder à leurs voisins ». Tout en adoptant la théorie de SAPPEY, il reconnaît pourtant que cette théorie n'est pas admise par tout le monde et ne peut être établie de façon certaine.

Pour UFFELMANN (8), cité par POIRIER (9), le métacarpien du pouce représente un métacarpien et une phalange. « Dans la troisième année après la naissance apparaît dans l'épiphyse supérieure un noyau osseux qui se soude à la phalange vers l'âge de 16 ans. Vers la fin de la première année, l'extrémité supérieure de la diaphyse envoie un prolongement sur le côté interne de l'épiphyse carpienne, qui forme la partie interne de cette extrémité, tandis que la partie externe est formée par le noyau osseux complémentaire. Donc, l'épiphyse carpienne du premier métacarpien se développe dans sa moitié externe comme une phalange et dans sa moitié interne comme un métacarpien. »

M. le docteur DUTILLEUL, lorsqu'il présenta son travail, invoquait l'autorité d'HUGUIER, de SERRES, de RAMBAUD et RENAULT, qui admettent la seconde théorie, l'absence du métacarpien du pouce et regardent comme une phalange l'os désigné habituellement sous le nom de premier métacarpien.

Enfin, M. le professeur DEBIERRE, tout en reconnaissant le développement et les caractères particuliers du métacarpien du pouce, le considère cependant comme un vrai métacarpien et admet la disparition de la phalangine.

On voit donc que la question est loin d'être tranchée, reconnaissons pourtant que l'hypothèse de M. le Professeur DEBIERRE est celle qui explique le mieux la situation de la phalange supplémentaire contre les deux phalanges du pouce. Si on admet la théorie de SAPPEY, on pourrait en effet se demander comment on n'a pas encore vu exister à l'état isolé cette extrémité du premier os du métacarpe qu'il regarde comme un métacarpien atrophié. Avec la théorie admise par M. le docteur DUTILLEUL, on n'explique pas non plus la situation de la phalange nouvelle à l'endroit où se trouverait la phalangine plutôt que sous

la première phalange ; mais cette hypothèse ne pourrait être vérifiée que par l'observation d'un plus grand nombre de cas et il est encore impossible de dire si nous nous trouvons en présence de la réapparition d'une phalangine disparue, ou, comme le dit M. Dutilleul, d'une épiphyse s'étant développée pour son propre compte.

Quelle peut être l'étiologie de l'anomalie qui nous occupe ?

Dans sa thèse d'agrégation, Poirier explique par l'atavisme les anomalies des doigts.

Dans le cas que nous venons de relater, l'hérédité semble jouer un rôle d'après les vagues renseignements qu'on nous a fournis à ce sujet : la grand'mère de Gaston V... aurait présenté des déformations congénitales des doigts. Le père de l'enfant, dont la main n'a pu malheureusement être radiographiée, présente un petit allongement des pouces. Enfin, un cousin de l'enfant offre de la syndactylie du médius et de l'annulaire gauche.

En résumé, l'augmentation numérique des phalanges du pouce est une affection fort rare qui ne peut être expliquée actuellement que par l'atavisme, mais dont la nature exacte n'est pas encore complètement connue.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Fort. — Des difformités congénitales et acquises des doigts et des moyens d'y remédier. Paris, 1869 (Thèse d'agrégation).

(2) G. Dutilleul-Peltier. — Etude sur les vices de conformation congénitaux des doigts. *Bulletin médical du Nord de la France*, 1889.

(3) Foltz. — *Gazette médicale de Lyon*, 1869.

(4) Hertwig. — Traité d'embryologie, 1891.

(5) Huguier. — Voir Dutilleul-Peltier.

(6) Debierre. — Anatomie.

(7) Sappey. — Traité d'anatomie descriptive. Tome I.

(8) Uffelmann. — Voir Poirier.

(9) Poirier. — Thèse d'agrégation, 1886. Anatomie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 8 décembre 1905 (*suite*)

Présidence de M. Surmont, président.

Sur un cas de pouces à trois phalanges

M. **Arquembourg** lit une intéressante communication qui *est publiée in extenso dans le présent numéro*.

M. **Drucbert**. — La question des phalanges et phalangines supplémentaires est résolue par l'embryologie. Au pouce, il ne saurait y avoir de métacarpien surajouté, mais en vertu des lois de l'ossification, il peut y avoir trois phalanges.

M. **Combemale** demande s'il n'y a pas de phalange supplémentaire au pied.

M. **Arquembourg** répond par la négative.

Séquestre d'ostéomyélite

MM. **Gaudier** et **Bernard** présentent un séquestre enlevé chez un enfant de onze ans, atteint d'ostéomyélite du deuxième métatarsien du pied droit.

L'affection remonte à un an : le début fut brusque, un petit phlegmon se localisa au dos du pied et s'ouvrit spontanément. Il resta depuis un trajet fistuleux. Incision le long du deuxième métatarsien et mise à nu du séquestre entièrement libre.

La localisation de l'ostéomyélite aux métacarpiens et aux métatarsiens est assez rare et on n'en retrouve aucune relation dans la littérature classique.

Compression de la moëlle par mal de Pott

MM. **Gaudier** et **Bernard** présentent une colonne vertébrale provenant d'une enfant atteint de mal de Pott et mort dans le service de clinique chirurgicale infantile.

Cette enfant, âgée de huit ans, s'était présentée avec mal de Pott dorsal et paraplégie des membres inférieurs, escharres, troubles vésicaux et incontinence rectale.

Cette portion de colonne vertébrale est très intéressante, car elle est le type classique du mal de Pott, avec paraplégie : Effondrement d'un corps vertébral, écrasement et amincissement extrême de la moelle, pachyméningite début de formation d'un abcès froid. C'est une excellente pièce de démonstration anatomo-pathologique, et de parfaite conservation.

Kyste du naso-pharynx

MM. **Gaudier** et **Bernard** présentent un kyste volumineux du nasopharynx, extrait il y a quelques jours chez un enfant de treize ans, à la clinique laryngologique de l'hôpital Saint-Sauveur. Cet enfant présentait des symptômes de catarrhe naso-pharyngien chronique et des phénomènes d'obstruction nasale droite, avec otite suppurée du même côté, enchifrènement, timbre nasillard.

La rhinoscopie antérieure montrait que les fosses nasales étaient libres, mais qu'il existait derrière les choanes une masse bleuâtre. La rhinoscopie postérieure montrait dans le cavum sur le côté droit masquant la choane droite et une partie de la gauche une tumeur du volume d'un petit œuf, blanche, non saignante. A la palpation, consistance élastique, pas d'adhérences, si ce n'est par un pédicule, mince, situé probablement au niveau de la choane droite. Ablation facile par traction avec une pince-forceps. Il s'écoule une bonne cuiller de liquide jaunâtre, filant. Suites très simples.

M. **Gaudier** avait observé un cas analogue, mais encore plus volumineux, chez un malade du docteur Patoir, présenté à la clinique laryngologique il y a quelque temps et opéré avec la curette à adénoïdes (moyen préconisé par le docteur Gaudier, il y a près de six ans, dans un article de l'*Echo médical du Nord*).

M. **Noquet** a rencontré fréquemment, chez l'adulte, de volumineux polypes kystiques s'insérant au niveau des

choanes. Il a toujours enlevé ces polypes avec le serre-nœud par les fosses nasales.

Il a remarqué que ces polypes récidivaient moins facilement que les myxomes non-kystiques. Généralement, une seule application du galvano-cautère sur le point d'implantation suffit pour empêcher la reproduction des polypes kystiques, tandis que, pour les myxomes non-kystiques, il faut, habituellement, revenir, à plusieurs reprises, aux cautérisations.

M. Gaudier distingue nettement les polypes postérieurs des fosses nasales, des kystes du naso-pharyn.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

NOTA. — La pagination du numéro 457 est la même que celle du numéro 458; nous marquons d'un astérisque (*) la page qui a été doublée.

Lille— Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le Gérant : Th. CLERQUIN.



